

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1053.

DE
L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE
DANS LE TRAITEMENT DES
RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

Contribution à l'étude des résultats éloignés.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 juin 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BERRUYER Régis-Alexandre-Georges

Né à Montélimar (Drôme), le 17 février 1867.



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1053.

DE
L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE
DANS LE TRAITEMENT DES
RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

Contribution à l'étude des résultats éloignés.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 juin 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BERRUYER Régis-Alexandre-Georges

Né à Montélimar (Drôme), le 17 février 1867.



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maur.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. RODET.	
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (Étienne).	
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.).	WEILL.	
DIDELOT.	ROCHET.	BARRAL	} chargés des fonct. d'agrégés.
		MOREAU	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. MAYET, Assesseur; MM. ROLLET et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MON ONCLE M. ALFRED BERRUYER

Architecte à Grenoble.

A MA TANTE M^{me} ALFRED BERRUYER

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE M. BRUNO BERRUYER

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur CHANDELUX

Ancien agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

Témoignage de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LAROYENNE

Hommage respectueux.

A Monsieur CONDAMIN

Agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

Témoignage de gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545927_0030

INTRODUCTION.

Il y a une quinzaine d'années, lorsque parut le *Traité des Déviations utérines* de Schultze (1), le traitement de ces déviations se réduisait presque à des manœuvres de petite chirurgie, telles que le tamponnement, l'application d'un pessaire, le massage, le redressement de l'utérus, etc. Tous ces moyens étaient employés avec plus ou moins de succès suivant les chirurgiens ; mais ils étaient notoirement insuffisants dans un certain nombre de déviations graves, celles, par exemple, où les adhérences étaient très fortes, ou dans lesquelles les lésions des annexes avaient le pas sur la déviation. Schultze avoue, en effet, que toute une catégorie de rétrodéviations adhérentes ont résisté à son procédé de réduction le plus énergique : le redressement forcé sous anesthésie (2). On sent cependant à la lecture du

(1) Schultze. *Traité des déviations utérines*, 1881. Traduction française de Hergot, 1884.

(2) Schultze. *Loc. cit.*, p. 291 : « Les obstacles au redressement qui n'ont pas leur siège dans la surface péritonéale, mais dans les tissus sous-jacents, des raccourcissements péritonéaux, des brides, des cicatrices paramétritiques ne permettent pas le redressement forcé. »

livre du professeur d'Iéna, que la gynécologie, à son époque, et peut-être sous son influence, avait fait rendre aux méthodes non sanglantes tout ce qu'elles pouvaient donner. Il n'y est pour ainsi dire pas question d'intervention chirurgicale. Cependant, un petit paragraphe est consacré aux opérations proposées pour le traitement des rétroversions et des rétroflexions. On y voit que Schultze n'est pas opposé à la fixation de l'utérus à la paroi abdominale, lorsque l'ouverture du ventre a été indiquée pour un autre motif. Il fait seulement des réserves sur la laparotomie pratiquée pour guérir une rétroversion, et cela se comprend, car à cette époque (1881) il n'avait été exécuté que sept fixations de l'utérus à la paroi abdominale et seulement à titre d'opération complémentaire. L'opération de Kœberlé (1) était encore sans exemple et ne pouvait être considérée que comme un coup d'audace ou de génie.

La rareté de ces opérations s'expliquait par la crainte qu'inspirait alors l'ouverture du péritoine; le règne de l'antisepsie n'était commencé que depuis quelques années et les chirurgiens avaient d'autres questions plus urgentes à résoudre que celle de la correction des déviations utérines, dont l'importance, sans être méconnue, ne pouvait être comparée à celle de l'ablation d'une tumeur maligne ou du débridement d'un abcès.

(1) Kœberlé fit le 27 mars 1869 une laparotomie de propos délibéré dans le but de corriger une rétroversion, cause d'accidents d'occlusion intestinale, et de maintenir l'utérus en avant, en fixant le ligament large d'un côté dans l'angle inférieur de l'incision abdominale.

On ne discute pas, en effet, sur la nécessité d'enlever un cancer ou d'ouvrir une collection purulente ; on se demande seulement si ces opérations sont possibles et quel est leur procédé d'exécution le plus simple et le plus rapide. Il est donc naturel que la chirurgie de nécessité ait bénéficié tout d'abord des avantages de la laparotomie. Ce n'est que plus tard, que les chirurgiens ont cherché à résoudre avec le bistouri des questions plus complexes, comme celle du traitement des déviations utérines.

Il faut attendre jusqu'en 1885 pour voir les gynécologues prendre en considération le traitement des rétro-déviations au moyen de l'hystéropexie ou ventrofixation (1). Cette opération a été pratiquée un grand nombre de fois depuis cette époque, puisque M. Baudouin (2) a pu, en 1890, en réunir 245 cas, dont une douzaine seulement sont antérieurs à 1885. Nous pouvons dire qu'en cinq années le problème de l'hystéropexie a été résolu, puisqu'à la fin de son remarquable travail, M. Baudouin a pu conclure d'une façon catégorique que « l'Hystéropexie sus-pubienne, intrapéritonéale, doit être considérée aujourd'hui comme le seul procédé de cure radicale (par analogie à la cure

(1) Le terme de ventrofixation est employé en Allemagne pour indiquer l'opération qui consiste à fixer l'utérus à la paroi abdominale ; celui d'hystéropexie donné par Trélat à la même opération est plus communément employé en France. Il est entendu que nous ne nous occupons que de l'hystéropexie abdominale antérieure avec ouverture de l'abdomen.

(2) M. Baudouin. Thèse de Paris, 1890.

des hernies) des rétrodéviations utérines graves et adhérentes *ayant fait ses preuves* » (1).

Nous aurions voulu pouvoir faire de longues et patientes recherches dans la littérature médicale, pour tâcher de réunir tous les cas d'hystéropexies qui ont été appliquées au traitement des rétrodéviations depuis 1890, afin de nous rendre compte si cette opération a bien tenu toutes ses promesses et dans quelles proportions elle s'est acquies la faveur des opérateurs ; mais le temps, qui nous a fait défaut, et la faiblesse de nos moyens d'investigation, nous ont empêché d'assumer cette tâche, bien lourde, d'ailleurs, pour nos seules forces.

Aussi nous sommes-nous contenté de faire quelques recherches bibliographiques sur le traitement chirurgical des rétrodéviations ; elles nous ont montré que c'est bien toujours l'hystéropexie qui, à l'heure actuelle, peut lutter le mieux contre toutes les rétrodéviations. C'est toujours grâce à elle qu'il n'y a plus, comme du temps où Schultze écrivait son traité, de rétrodéviations utérines incurables.

Cependant, si la grande majorité des chirurgiens l'ont admise, quelques-uns, sans la rejeter de parti pris, ont cherché des principes de fixation différents des siens ; mais nous croyons pouvoir dire que l'opération qui doit la remplacer n'est pas encore trouvée. C'est ce que nous espérons montrer au cours de ce travail.

Pour cela qu'on n'attende pas de nous une critique

(1) M. Baudouin. Thèse de Paris, 1890, p. 256.

complète de tous les procédés qui ont été préconisés jusqu'ici pour traiter opératoirement les déplacements en arrière de l'utérus. Nous savons déjà qu'il y a cinq ans, l'hystéropexie était la seule opération capable de guérir radicalement les rétrodéviations utérines graves et adhérentes. Dans un article de Frœnkel (1), paru l'année passée, nous trouvons exposé l'état actuel de la question qui nous occupe, dans les phrases suivantes : « Parmi les différentes méthodes, dit cet auteur, qui, dans ces dix dernières années, ont été proposées et exécutées contre les rétroflexions de l'utérus mobile ou fixé, compliqué ou non d'élythroptose, il n'y en a qu'un petit nombre, qui ont su se soutenir pendant longtemps. La méthode d'Alexandre-Adam, ou raccourcissement des ligaments ronds, la vaginofixation de Schücking, la fixation rétrocervicale de l'utérus de Scenger, n'ont pas su se conquérir une grande estime soit à cause de leurs indications restreintes — elles ne s'adressent toutes les trois qu'à la rétroflexion ou à la rétroversion mobiles — soit parce que les résultats chirurgicaux obtenus par ces méthodes n'étaient pas satisfaisants. A ce dernier point de vue, deux méthodes seulement parurent certaines dès le début : la ventrofixation d'Olshausen et la vaginofixation de Mackenrodt; malheureusement, la dernière est encore de date trop récente pour qu'on puisse l'apprécier d'après la durée de ses résultats. »

(1) Frœnkel. Des résultats éloignés des diverses opérations dirigées contre les rétrodéviations utérines (In Deutsche med. Woch., 10 mai 1894).

Comme on le voit, Frœnkel ne trouve à mettre en opposition aux méthodes de ventrofixation dont il a pris le procédé d'Olshausen comme type, qu'une méthode encore insuffisamment éprouvée.

La conclusion que M. Baudouin formulait en 1890 serait donc encore vraie en 1894 et nous pouvons dire avec M. Condamin (1) « que la question est jugée, que la méthode est acceptée de tous et qu'il ne reste plus que la question du procédé opératoire ».

Cependant, il y a deux ans à peine, les méthodes d'hystéropexie vaginale se sont grandement perfectionnées en Allemagne. L'idée de Schücking de fixer l'utérus rétroverti à la paroi vaginale antérieure, de façon à en obtenir le redressement, idée que Trélat avait combattue d'un mot pittoresque en disant : « on ne plante pas un clou dans une tenture ! » cette idée disons-nous, a été reprise en 1893 par Mackenrodt, Winter, Dührssen, Jacobs, presque simultanément. Schücking n'employait qu'un seul fil solide traversant à la fois la paroi antérieure de l'utérus et celle plus ou moins relâchée du vagin. C'était bien là un clou dans une tenture. Mais les auteurs qui ont suivi ont donné à cette tenture une fermeté plus grande et ils l'ont traversée, non pas par un seul fil, mais par un certain nombre de sutures, de façon à établir entre les deux organes, qu'il s'agissait de réunir, une adhérence plus ou moins large et intime. Il en résulte que ces méthodes, qui méritaient à peine la considération des chirurgiens il y a deux ou trois ans, semblent vouloir donner au-

(1) R. Condamin. Lyon médical 1894.

jourd'hui à leurs auteurs des espérances plus sérieuses. C'est ce qui résulte du rapport présenté l'an passé à l'Académie de médecine (1), par M. Le Dentu, rapport dans lequel sont exposés les derniers perfectionnements apportés au manuel opératoire de l'hystéropexie vaginale antérieure, par M. le docteur Pichevin.

Il nous a paru intéressant, vu l'actualité de la question, de faire connaître avec quelques détails ces nouveaux procédés. On les trouvera décrits dans le courant de notre étude, d'après les relations publiées par leurs auteurs même, ce qui nous permettra d'en faire la critique.

Mais l'hystéropexie vaginale, tout en attirant à juste titre notre attention, ne formera qu'un des chapitres de ce travail.

Notre sujet est, en effet, tout autre, puisque nous avons entrepris de faire une étude du traitement des rétrodéviations utérines par l'hystéropexie abdominale antérieure. Mais ce travail, hâtons-nous de le dire, n'est qu'un essai, c'est une vue d'ensemble sans prétention, une ébauche pour ainsi dire, tracée par la main inhabile d'un débutant, que les circonstances ont improvisé pour un jour *écrivain*.

Nous nous serions sans doute égaré dans des tâtonnements stériles, si M. le professeur agrégé Condamin ne nous avait donné, en même temps que les grandes lignes de notre sujet, le concours bien-

(1) Ac. de méd. Séance du 22 mai 1894. Rapport de Le Dentu sur le travail de Pichevin : l'hystéropexie vaginale antérieure dans le traitement des rétrodéviations utérines.

veillant de ses conseils éclairés. Il ne nous a jamais ménagé ni sa peine ni son temps. Qu'il veuille bien agréer ici l'hommage de notre plus profonde reconnaissance.

Nous nous sentons animé d'un sentiment fait de respect, d'estime et de juste admiration pour notre maître vénéré, M. le professeur Laroyenne, dont nous avons su apprécier en maintes occasions depuis le jour où nous avons été son externe, et le grand sens clinique et la solide expérience. Il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Que pour cet honneur qu'il nous fait et pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné, il reçoive aujourd'hui de son humble élève, l'expression la plus sincère de son dévouement.

Nous ne pourrions jamais oublier l'immense service qui nous fut rendu jadis par M. le docteur Chandelux, professeur libre à la Faculté de Médecine de Lyon, ancien agrégé à la même Faculté, lorsque, grâce à son habile intervention opératoire, nous vîmes se rétablir notre santé fortement éprouvée jusqu'alors depuis plus de sept ans. Le souvenir de son brillant enseignement laissera les traces les plus durables dans l'esprit de ceux qui, comme nous, auront eu le bonheur de pouvoir y puiser ; il ne sera jamais plus vivace que dans notre cœur où se trouve mêlée au fidèle attachement de l'élève la reconnaissance pieuse du malade.

M. le Docteur Goullioud voudra bien aussi agréer toute notre gratitude pour l'amabilité avec laquelle il nous a permis de prendre dans son riche répertoire d'observations quelques faits anciens et précieux pou-

vant servir à la démonstration des succès éloignés de l'hystéropexie.

Que notre vieil ami, Emile Gallois, interne des Hôpitaux, que notre très sympathique collègue, le docteur Léon, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, reçoivent aussi l'expression de nos plus sincères remerciements, le premier pour nous avoir prêté son concours dans la recherche des observations qui terminent ce travail, le second pour avoir bien voulu nous communiquer gracieusement les notes précieuses qu'il avait autrefois recueillies sur le sujet qui nous occupe.

A M. Henri Gallois nous devons l'expression d'une reconnaissance toute particulière pour avoir eu l'aimable attention de mettre à notre service ses connaissances remarquables des langues anglaise et allemande, et de guider ainsi nos pas sur un terrain que rendait bien obscur notre peu de compétence personnelle.

Nous ne saurions terminer sans envoyer un affectueux souvenir à nos amis : Gabriel Vallet, médecin aide-major de 1^{re} classe, Emile Repiton-Préneuf, interne à l'hôpital d'Oran et le Dr Louis Masson, médecin à Courthézon, dont nous déplorons en ce jour l'éloignement.

Le plan que nous avons adopté est celui que nous a proposé M. le professeur-agrégé Condamin.

Il repose sur une division pratique des rétrodéviations utérines suivant le degré de force de leurs adhérences et par adhérences nous entendons non seulement la soudure directe ou indirecte des feuillets

du péritoine et la rétraction plus ou moins accentuée de son tissu cellulaire, mais aussi les lésions des annexes de l'utérus dont le rôle est si important dans la pathogénie de ces déplacements. Nous diviserons donc les rétrodéviations en trois groupes (1) :

1° Rétrodéviations mobiles.

2° Rétrodéviations adhérentes ou résistantes.

3° Rétrodéviations fixes.

Ces dénominations demandent à peine quelques mots de définition.

Dans les rétrodéviations mobiles, les adhérences n'existent pas ou sont si peu marquées que la réduction se fait sans aucune espèce de difficulté et se maintient par des moyens simples.

Les rétrodéviations adhérentes ou résistantes laissent à l'utérus une certaine mobilité, mais l'empêchent de se laisser réduire complètement ou de rester réduit si l'on a pu le mettre en anteflexion.

Les rétrodéviations fixes sont celles dans lesquelles l'utérus est complètement immobilisé.

Cette classification, qui ne tient aucun compte du degré de la déviation, dont l'importance n'est que secondaire, a le grand avantage de répondre assez exactement à une classification des symptômes et à un mode de traitement corrélatifs.

En effet, à part quelques exceptions assez rares, les

(1) C'est cette même division qu'on trouve pour la première fois, croyons-nous, dans les Cliniques chirurgicales de Trélat.

rétrodéviations mobiles seront peu douloureuses et faciles à guérir, car il est bien entendu que nous nous occupons seulement des cas où tout processus aigu a disparu.

Les rétrodéviations fixes seront presque toujours des rétrodéviations graves et douloureuses ne pouvant être guéries que par une intervention chirurgicale.

Enfin, les rétrodéviations simplement adhérentes, forment la classe la plus intéressante, en ce sens qu'elles sont souvent, elles aussi, des rétrodéviations graves et douloureuses, mais pouvant relever efficacement dans un certain nombre de cas d'un traitement palliatif.

Ceci dit, nous diviserons notre travail en deux chapitres principaux.

Dans le premier nous nous occuperons du traitement orthopédique duquel relèvent comme nous venons du le voir : A. Les rétrodéviations mobiles, justiciables de pessaire ; B. Les rétrodéviations simplement adhérentes, justiciables d'un traitement palliatif destiné à modifier et à résoudre les adhérences.

Dans le second nous traiterons de l'intervention chirurgicale dirigée soit contre les rétrodéviations fixes, soit contre celles qui n'étaient qu'adhérentes mais dont les adhérences étaient réfractaires au traitement orthopédique.

On pourrait nous reprocher de laisser complètement de côté l'étude de certaines méthodes opératoires, comme par exemple l'opération d'Alquié Alexander, ou raccourcissement des ligaments ronds, dont la vogue n'est pas encore tout à fait éteinte. Nous répondrons

par avance que ce silence est volontaire, car nous n'avons pas eu la prétention de faire une critique complète de tous les traitements chirurgicaux des rétro-déviation. Nous n'avons eu l'intention de parler que de ceux qui peuvent ou qui pourraient être mis en comparaison avec l'hystéropexie abdominale antérieure, et nous estimons sans autre forme de procès, que l'opération d'Alexander-Adam n'est pas de ceux-là. Que si nous avons consacré un chapitre au traitement orthopédique c'est que ce traitement nous a paru être, dans certains cas, l'auxiliaire obligé du traitement chirurgical; et, d'un autre côté, nous occupant sommairement des rétro-déviation justiciables de ce traitement, nous arrivions par un chemin tout naturel à l'étude des indications de l'intervention opératoire.

Enfin, dans les pièces justificatives qui terminent ce travail, nous avons réuni : 1° des observations inédites d'hystéropexie par le procédé Laroyenne; 2° des observations anciennes, déjà publiées, mais que nous avons pu compléter par l'examen récent des malades opérées; 3° des observations empruntées à la littérature étrangère; suffisamment suivies pour pouvoir contribuer à l'étude des résultats éloignés de l'hystéropexie abdominale antérieure en général.

Avant de commencer notre étude, nous tenons à dire que par le terme de rétro-déviation nous entendons tous les déplacements en arrière de l'utérus, c'est-à-dire de rétroversion et rétroflexion.

CHAPITRE PREMIER.

TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE.

A. — Des rétrodéviations justiciables du traitement orthopédique. — Pessaires.

Ces rétrodéviations sont celles où les adhérences n'existent pas. Nous les avons appelées à plus juste titre mobiles. En effet, à en croire Poirier (1) qui fit des examens nécroptiques sur plus de trois cents sujets « l'utérus sain, c'est-à-dire dont la surface ne présente pas, peu ou beaucoup d'adhérences, vestiges d'inflammations antérieures, est une rareté, presque une exception ». Il nous est permis de penser que beaucoup de ces adhérences, sur la solidité desquelles l'auteur en question ne nous donne aucun renseignement précis, auraient passé inaperçues dans un examen clinique. Il arrive ici ce qui se passe dans les pleurésies, qui présentent toujours au dire des anatomo-patholo-

(1) Poirier. — In Progrès médical, 1892. Nous ferons remarquer que, dans son article, Poirier ne parle pas de déviation mais seulement d'adhérences. Il peut en effet y avoir adhérences sans déviation, mais si les adhérences sans déviation sont aussi fréquentes, à fortiori les déviations avec adhérences.

gistes un épanchement plus ou moins abondant. Mais en clinique on n'a pas à tenir compte de pareilles minuties et il suffit que l'épanchement, bien que réel, soit assez minime pour ne se révéler par aucun signe d'auscultation ou de percussion, pour que la pleurésie soit déclarée sèche et traitée comme telle. De même, il peut arriver et il arrive certainement, car on ne peut mettre en doute les faits d'un observateur aussi compétent, que la grande majorité des rétrodéviations présentent des adhérences. Mais pour nous il n'y a pas d'adhérences, si celles-ci ne font aucune espèce d'obstacle à la réduction et à son maintien. Il est infiniment probable que beaucoup de rétrodéviations appelées mobiles en gynécologie, sont adhérentes au point de vue anatomo-pathologique. La contradiction n'existe que dans les mots, et il suffit de s'entendre sur le sens de ceux-ci pour la faire disparaître.

Dans ces cas de rétrodéviations mobiles le traitement est bien simple. Il suffit de faire la réduction qui s'opérera très facilement, et de la maintenir au moyen d'un pessaire approprié. Le pessaire de Hodge et celui de Smith suffisent le plus souvent à soulager les malades, à la condition d'être appliqués après la réduction complète de la rétrodévation. C'est sans doute pour avoir négligé d'observer cette précaution qu'on a pu qualifier le pessaire d'instrument douloureux ou insuffisant. D'autres le trouvent malpropre, il est certain qu'il oblige les femmes à des injections quotidiennes ; à ce point de vue cependant il devrait être considéré à la rigueur comme un instrument de propreté. La jeunesse de la femme et une certaine répugnance instinctive

peuvent être une contre-indication à son emploi. C'est là certainement l'inconvénient le plus sérieux qu'en puisse lui trouver, et qui suffit à le faire rejeter, le cas échéant. Tout ce qui a été dit pour et contre le pessaire prouve que ce n'est pas un instrument parfait ; mais ce n'en est pas moins un bon instrument rendant de grands services.

L'emploi des pessaires ne serait pas complètement inoffensif. De nombreux accidents ont été signalés chez les femmes qui en étaient porteurs. Dans un mémoire très détaillé, paru l'an passé, Neugebauer a pu en rapporter 242 cas pris dans la littérature. Sur ce nombre, il a noté 23 perforations du rectum, 23 perforations de la vessie, 10 cas de lésions simultanées du rectum et de la vessie, 2 fistules utéro et vésico-vaginales, 1 déchirure de l'urèthre, 2 perforations du cul-de-sac de Douglas, 3 cas de pénétration du pessaire dans le tissu cellulaire du bassin, 6 de pénétration dans l'utérus ; il y a eu de nombreux cas de péritonite, de paramétrite, de phlegmon, de septicémie ; 8 fois la mort s'en est suivie.

Malgré le nombre et la gravité de ces accidents, Neugebauer ne croit pas que le pessaire doit être rejeté de la pratique gynécologique. Cet auteur incrimine, non pas l'instrument lui-même, mais la façon dont il est appliqué.

Lorsque dans un sondage de l'urèthre le cathéter fait fausse route, qui doit-on accuser de l'instrument ou de la main qui le conduit ?

D'ailleurs, d'après l'auteur qui vient d'être cité, ce sont surtout les pessaires à tige et les pessaires de

Zwanck qui offrent le plus de dangers. A la clinique gynécologique de Lyon, ces modèles ne sont pas employés. Le Hodge et le Smith pour les rétroversions, le Gaillard Thomas pour les antéversions, la gimbelette et le pessaire en berceau pour les prolapsus suffisent amplement à tous les cas justiciables de ce traitement. Comme on le voit, ce sont des instruments peu dangereux en eux-mêmes.

Nous n'avons pas la prétention de soutenir le pessaire envers et contre tous.

S'il ne se recommandait pas de lui-même, il suffirait de le voir patronné non seulement par des partisans défiants de la laparotomie comme Daléris, mais encore par des opérateurs décidés comme Pozzi et Chaput, sans oublier notre maître le professeur Laroyenne, pour le voir tiré du mépris où quelques-uns cherchent à le plonger. Chaput dit même quelque part (1) que « c'est un devoir formel d'essayer toujours ce moyen dans les cas simples, lorsque les annexes sont intactes, la déviation peu accentuée et l'utérus mobile et normal ». Nous verrons plus loin que le champ de ses indications peut être agrandi en lui combinant d'autres moyens palliatifs. En effet il y a un certain nombre de rétrodéviations adhérentes qui peuvent être mobilisées et qui rentrent ainsi dans la classe des rétrodéviations justiciables du pessaire, laquelle comprend dès lors : 1° les rétrodéviations mobiles d'emblée et 2° les rétrodéviations préalablement mobilisées.

(1) Chaput. — Sem. méd., 6 avril 1892, p. 126.

B. — Des rétrodéviations justiciables du traitement palliatif destiné à modifier les adhérences. — Columnisation. — Massage.

Ce sont les rétrodéviations que nous avons appelées résistantes et qui sont maintenues par des adhérences suffisamment fortes pour empêcher la réduction complète et persistante. Par le palper bimanuel ou par l'hystéromètre, on a pu réduire l'utérus, mais incomplètement, ou bien si on y est arrivé tout-à-fait, il retombe de lui-même en arrière au bout de peu de temps, malgré le port d'un pessaire, qui d'ailleurs ne serait pas toléré pour d'autres motifs.

Ces adhérences sont le résultat d'inflammations pelviennes, telles que périmétrite, paramétrite, salpingite, périsalpingite, rarement ovarite qui toutes entraînent après elles une rétraction du tissu cellulaire péritonéal et du péritoine lui-même, ou bien donnent naissance à un exsudat qui s'épanche dans certains points de la cavité péritonéale, par exemple et surtout dans le cul-de-sac de Douglas, exsudat qui s'organise par le cheminement des vaisseaux lymphatiques dans leur intérieur, ainsi que l'a montré Poirier.

Cette rétraction du péritoine et de son tissu cellulaire sous-jacent est remarquable au niveau des ligaments utéro-sacrés que l'on sent tendus et indurés dans beaucoup de rétrodéviations anciennes.

Mais le rôle le plus intéressant est sans contredit celui que jouent les lésions des annexes avec ou sans propagation au péritoine. Ces complications fréquentes

des rétrodéviations ont attiré plus particulièrement l'attention des chirurgiens tant à cause de leur importance dans la pathogénie de la plupart des rétrodéviations, qu'en raison des difficultés de leur diagnostic.

Schultze y insiste dans son ouvrage.

De nos jours la fréquence des lésions des annexes et du péritoine pelvien dans les déviations utérines et leur prépondérance sur ces dernières dans la production des symptômes ont paru si importantes à certains auteurs, qu'Aug. Martin (1) trouvait rationnel, au point de vue pratique de remplacer cette phrase : « La malade est atteinte de rétroversion avec adhérence » par celle-ci : « La malade souffre d'une périmétrite ou d'une paramétrite avec distorsion de l'utérus rétrofléchi. »

L'opinion de Pozzi (2) tout en étant plus générale n'en est pas moins formelle, lorsqu'il dit : « Que la déviation de l'utérus ne constitue pas à elle seule une maladie, mais seulement un facteur ou pour mieux dire un coefficient d'un état morbide complexe dans lequel le déplacement n'entre que pour une part variable. »

Enfin, l'importance du diagnostic des lésions pelviennes est telle, et la difficulté en est parfois si grande que nous trouvons sous la plume de M. Baudouin les paroles suivantes : « La séméiotique des lésions pelviennes, dit-il, est beaucoup plus compliquée qu'on ne veut le dire, le diagnostic est souvent scientifiquement

(1) Aug. Martin. T. clin. des mal. des femmes. Trad. franç. de Warnier et Weiss, 1889, p. 91.

• (2) Pozzi.

impossible à poser dans l'état actuel de la gynécologie, et la seule laparatomie exploratrice peut permettre, dans les cas difficiles, de sortir d'embarras, au plus grand bien, d'ailleurs, de la malade. »

L'écho de ces paroles s'est fait entendre l'année suivante, en Amérique, dans un article de W. M. Polk (1) où il prétend que, dans les cas de maladies chroniques des annexes, on devrait recourir avant tout à des incisions exploratrices, la question de l'ablation des annexes ne devant être décidée qu'après leur examen.

Si nous rapportons les opinions de ces deux derniers auteurs ce n'est pas pour admettre la nécessité des incisions, exploratrices qui ne sont pas encore suffisamment justifiées aux yeux de beaucoup, mais c'est pour bien faire voir l'importance et la difficulté parfois considérable de se rendre un compte exact de l'état des annexes et du péritoine pelvien.

Mais avant d'en arriver à ouvrir le ventre pour éclairer un diagnostic, n'est-il pas plus rationnel de chercher, en dehors d'une opération sanglante, les moyens de faire disparaître les causes qui rendent ce diagnostic obscur ou impossible ?

Dans le cas qui nous occupe, le principal obstacle est un empâtement scléreux avec épaissement des tissus, qui peut se retrouver dans tous les culs-de-sac du vagin, et à travers lequel on ne peut distinguer ni trompe, ni ovaire; si l'on diminue cette raideur, si l'on assouplit les tissus indurés qu'on trouve dans ces

(1) W. M. Polk — Amer. jour. of obst. Sept 1891.

cas interposés entre le doigt explorateur et les annexes, si l'on produit cet assouplissement en quelques jours, sans faire souffrir la malade, sans même lui imposer le séjour au lit, si l'on obtient à si peu de frais ce double résultat de la soulager et de rendre facile un diagnostic auparavant impossible, ne doit-on pas s'estimer plus heureux, que d'avoir entrepris une opération bénigne, c'est entendu, mais dont on aurait pu se passer tout de même, pour le plus grand bien d'ailleurs de la malade.

Or, il existe un moyen bien simple et bien efficace de combattre les adhérences péri-utérines, de relâcher les ligaments utéro-sacrés, nous voulons parler de la columnisation du vagin combinée au massage.

La columnisation consiste dans l'application méthodique de tampons de coton imbibés de glycérine, dont on remplit le vagin, en ayant soin de les serrer le plus possible dans le cul-de-sac postérieur, et qu'on renouvelle suivant le cas tous les deux, trois ou quatre jours. Elle agit « soit par les tampons comme un support, sur des organes utérus, ovaires en prolapsus léger, mais suffisant pour déterminer des douleurs, soit par la glycérine dont les tampons sont imbibés pour diminuer les phénomènes congestifs ou de stase veineuse qui accompagnent la plupart des lésions anciennes utérines ou péri-utérines ».

Très populaire en Amérique, à peine connue en France et même en Europe, cette méthode a été mise en pratique il y a deux ans à peine à Lyon dans le service de M. le professeur Laroyenne, avec pleins succès

et d'une façon suivie par M. le professeur agrégé Condamin (1).

Combinée au massage de Thure Brandt elle agit plus rapidement pour rendre mobiles des déviations utérines adhérentes et irréductibles, pour faire disparaître les brides rétractiles d'une paramétrite postérieure, et guérir les inflammations péri-utérines ou des annexes passées à l'état chronique.

Cette combinaison du massage et de la columnisation présente un avantage particulier. En effet, le massage distend les brides paramétritiques, les ligaments utérinosacrés rétractés, etc. et la columnisation, pratiquée à la suite, a pour résultat de maintenir l'allongement gagné par le massage, de façon à empêcher une nouvelle rétraction des adhérences. La séance de massage suivante produira une distension nouvelle, maintenue encore par la columnisation et ainsi de suite jusqu'à disparition complète.

La mobilisation de l'utérus une fois obtenue, il suffit d'appliquer, s'il y a lieu, un pessaire, après avoir opéré bien entendu la réduction, pour voir la femme se féliciter du bénéfice d'une intervention aussi bénigne.

(1) Condamin. Mercredi médical, juin 1894, et thèse d'Ismaël Dervich. Lyon 1894.

CHAPITRE DEUXIÈME.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Dans cette classe, nous plaçons : 1° les rétroversions fixes, dont les adhérences sont si anciennes, si étendues, si résistantes qu'elles ne permettent pas le moindre mouvement de l'utérus, lequel mobilisé par quelques séances de massage n'a pu reprendre toute sa liberté pour pouvoir être définitivement réduit ; 2° celles qui sont compliquées de lésions profondes des annexes, dont le traitement médical ne pourrait avoir raison qu'au bout d'un temps excessivement long, surtout quand il s'agit de malades de la classe pauvre ; 3° les rétroflexions adhérentes quand la flexion est très accentuée, car il y a des chances dans ces cas pour que la columisation du vagin soit inefficace ; 4° les rétro-déviations par adhérence directe de l'utérus aux parois pelviennes ; dans ce cas l'utérus est maintenu par une espèce de soudure immédiate de son fond à la paroi osseuse du bassin ; 5° les rétro-déviations produites par des tumeurs quand l'extirpation de celles-ci par la laparotomie a été décidée.

Comme on le voit, le champ des indications de l'intervention chirurgicale est très vaste. Nous pou-

vons dire, d'une façon générale, qu'il comprend toutes les rétrodéviations adhérentes qui ont résisté au massage et à la columnisation ou qui pourraient leur résister, car il ne faudrait pas croire qu'on dût, dans tous les cas d'adhérence, essayer systématiquement l'emploi de ces moyens mécaniques ; il est beaucoup de rétrodéviations qu'on peut regarder d'emblée comme justiciables du traitement chirurgical.

Ce traitement comprend des procédés innombrables dont on trouvera un tableau succinct dans la thèse de M. Baudouin. Nous dirons seulement, et pour faire une critique générale, que tous ces procédés peuvent se diviser en trois catégories :

1° Les uns, et c'est le plus grand nombre, sont tombés dans l'oubli comme insuffisants ou impraticables.

2° Les autres, comme la colpopérinéorrhaphie, l'hystorectomie, l'ablation des tumeurs, etc..., ont leurs indications spéciales. Ils sont utiles ; mais, n'étant pas employés pour corriger directement la déviation, ils ne nous occuperont pas.

3° Enfin, les derniers, sont ceux qui ont pour but de fixer le corps de l'utérus par des adhérences artificiellement provoquées. Ce sont les hystéropexies. Suivant que la fixation artificielle du corps se fera sur la paroi abdominale ou sur le vagin, nous aurons soit des hystéropexies abdominales, soit, des hystéropexies vaginales.

Ainsi que nous le disions dans notre introduction, nous limiterons notre sujet à l'étude de ces deux dernières méthodes chirurgicales, et cela pour deux

motifs : 1° parce qu'il faut admettre avec M. Baudouin que l'hystéropexie abdominale antérieure était, il y a cinq ans, le seul procédé de cure radicale des rétrodéviations utérines graves et adhérentes ; 2° parce que, depuis cette époque, aucun procédé nouveau n'a été créé et qu'aucun des anciens procédés ne s'est suffisamment perfectionné pour pouvoir être mis en comparaison avec l'hystéropexie abdominale, si ce n'est cependant peut-être la vaginofixation antérieure.

Pour ce qui est de la valeur de la première de ces deux considérations, nous renvoyons à la thèse de M. Baudouin, car celui qui ne sera pas convaincu après la lecture d'un travail aussi documenté sur la question ne le sera jamais.

Quant à la deuxième considération, nous nous contenterons de faire quelques réflexions sur la vaginofixation qui suffiront pour montrer au lecteur que cette opération, sur la valeur de laquelle on ne peut encore porter un jugement définitif, n'était pas, dans l'idée même de ses auteurs, dirigée contre les rétrodéviations adhérentes, et qu'il y a tout lieu de penser que de longtemps encore elle devra être réservée aux seules rétrodéviations mobiles, disputant ainsi le terrain au pessaire et à l'opération d'Alexander.

I. — De l'hystéropexie vaginale antérieure.

La première idée de la vaginofixation antérieure est due à Schücking de Primont. Son procédé publié en 1888 (1) consiste à fixer l'utérus sans ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur. Un porte-aiguille particulier, muni d'un fil solide, est introduit jusqu'au fond de l'utérus; l'aiguille traverse d'arrière en avant la paroi utérine antérieure, puis le repli vésico-utérin et vient ressortir au fond du cul-de-sac vaginal antérieur, après avoir cheminé à travers la cloison vésico-utérine. Les deux chefs du fil, dont l'un se trouve dans le cul-de-sac antérieur, tandis que l'autre pend en dehors du col, sont noués par un nœud de chirurgien.

A diverses reprises, en 1888 et en 1890, Schücking publia les résultats de sa méthode; il eut d'abord un certain nombre d'insuccès, attribuables, à son avis, à l'ablation trop hâtive du fil. Il laissa alors ce fil pendant 8 à 10 semaines, plaça par précaution un pessaire de Hodgé ou de Gaillard-Thomas, et obtint ainsi une série de 42 succès sur 42 cas (2).

Plus tard (3), il renonce à son procédé pour adopter

(1) Centr. f. gyn. 1888.

(2) Centr. f. gyn. 1890, 22 février.

(3) Deut. med. Woch., 1891, n° 19. Centr. f. Gyn., 1891, n° 13.

celui de Zweifel (1), qui n'était en somme qu'une modification du sien. En effet, Zweifel n'emploie également qu'un seul fil ; mais, pour le placer plus facilement et éviter de le faire pénétrer dans la vessie, il fait une incision transversale au fond du cul-de-sac antérieur pour y introduire un doigt, devant servir de guide à l'aiguille. L'extrémité du fil, qui sort du col, est fixée sur une plaque de plomb, au moyen d'un grain de plomb perforé ; en tendant fortement l'autre bout, on redresse ainsi l'utérus. Enfin, le fil qui pend dans le cul-de-sac antérieur est fixé de même sur une plaque de plomb, et l'on referme ensuite l'incision.

Schücking (2), rapporte que lui et ses élèves ont pratiqué la méthode de Zweifel dans 217 cas, dont 88 seulement ont été suivis assez longtemps pour avoir une valeur réelle ; et sur ces 88 cas il y a eu 84 fois un succès durable, 4 fois un insuccès.

Le procédé de Schücking-Zweifel ne parut pas, malgré ses heureux résultats, offrir assez de sécurité aux auteurs qui suivirent et qui crurent devoir compliquer le manuel opératoire, non seulement pour éviter plus facilement la blessure de l'intestin ou de la vessie, mais aussi pour établir entre l'utérus et la paroi vaginale antérieure une plus large surface d'adhérence, au moyen de fils plus nombreux.

(1) Zweifel, Centr., f. Gyn., 1890, 27 septembre.

(2) Deutch. med., Woch, 1891.

Le procédé de *Mackenrodt* (1) réalisa le premier ces perfectionnements ; il est resté le plus apprécié parmi ceux qui concourent au même but et pour ce motif nous allons le décrire sommairement en entier :

Le col est abaissé énergiquement, deux valves latérales dans le vagin servent à donner du jour ; une sonde est introduite dans la vessie pour marquer sa limite inférieure ; un hystéromètre, pénétrant jusqu'au fond de l'utérus, porte cet organe en avant.

La paroi vaginale antérieure tendue d'un côté par l'abaissement du col, et de l'autre par la traction en haut au moyen d'une pince fixée au niveau de la colonne du vagin, à 1 centim. en arrière du tubercule sous-urétral, on fait une incision longitudinale et médiane, commençant au niveau de cette pince et se terminant sur le col.

On sépare ensuite à droite et à gauche de l'incision la paroi antérieure du vagin d'avec la vessie, tantôt en coupant, tantôt en détachant par une sorte de travail de mine assez facile.

Dans l'angle inférieur de la plaie, on fait une incision transversale courbe (qui n'intéresse pas de nouveau le vagin, mais qui est tracée dans la plaie déjà existante). La vessie qui reste encore attachée au col peut être alors aisément refoulée jusqu'à l'excavation vésico-utérine. On ne cherche pas à tout prix à décoller cette excavation.

Une aiguille courte et forte, armée d'un fil de soie, passe

(1) Deut. med. Woch. 1892, 2 juin. — Centr. f. Gyn. 1892, 25 juin.

d'abord à travers le bord gauche de la plaie vaginale, immédiatement au-dessous du tubercule antérieur du vagin, puis derechef saisit et traverse aussi haut que possible le corps de l'utérus et l'excavation vésico-utérine, ensuite le bord droit de la plaie vaginale. Un deuxième fil est placé de même au-dessous du premier et ainsi de suite. Ces fils fixateurs sont transversaux, mais obliques, de telle façon que lorsqu'ils sont noués ils forment une sorte de croix. Cette disposition donne lieu à l'antécourbure légère de l'utérus.

Il est procédé ensuite à la fermeture de la plaie longitudinale.

Dans la plupart des cas, l'auteur fait en outre une colpographie antérieure à forme rhomboïdale; mais il ne la croit pas nécessaire dans tous les cas.

Ce procédé de Mackenrodt est pour ainsi dire le deuxième du même auteur. Il en avait décrit auparavant un premier qui fut, paraît-il, mal compris par Winter; celui-ci l'ayant pratiqué 14 fois eut 14 insuccès. C'est alors que Mackenrodt revint sur plusieurs parties de sa description première pour les déterminer d'une façon plus précise, entre autres en ce qui concerne les points de l'utérus et du vagin au niveau desquels il faut établir la fixation. Ces points sont du côté de l'utérus la partie de sa face antérieure la plus rapprochée possible (1) du fond, et du côté du vagin immédiatement au-dessus du tubercule antérieur.

Mackenrodt a publié 25 cas de rétrodéviations mobiles

(1) Il faut noter que Mackenrodt en respectant le cul-de-sac vésico-utérin ne devait pas malgré tous ses efforts arriver à

opérés par cette méthode, sur lesquels il a eu 22 résultats parfaits et 3 insuccès. Il y eut 6 grossesses chez 5 femmes. Trois fois il en est résulté un accouchement normal, une fois, on a dû employer le forceps, une autre fois on fit l'avortement artificiel et enfin la sixième grossesse était en cours lors de la publication. Sur les 4 femmes qui ont accouché à terme on constata dans deux cas que l'utérus était resté couché en avant ; quant aux deux autres, les suites de couches n'étaient pas encore terminées pour qu'on put apprécier le maintien de l'utérus dans sa nouvelle position.

Dührssen (1) a décrit un procédé de vagino fixation antérieure qui diffère du précédent par plusieurs points :

1° Au lieu d'une incision longitudinale et médiane il ouvre transversalement le cul-de-sac antérieur, au niveau de son insertion sur le col.

2° Il emploie, pour abaisser l'utérus, des fils passés transversalement à travers le tissu utérin et échelonnés les uns au-dessus des autres, au fur et à mesure de la libération de la face antérieure de l'utérus d'avec la vessie et d'avec le péritoine.

3° Il libère le cul-de-sac vésico-utérin le plus haut possible ; il le défonce même pour pouvoir atteindre le fond de l'utérus.

proximité du fond. Du moins ceci dépendait de la hauteur jusqu'à laquelle il avait pu pousser le décollement de ce cul-de-sac.

(1) Centr. f. Gyn, 1892, n° 47, p. 923.

4° Il prétend (1) fixer le fond de l'utérus à la face profonde du lambeau supérieur que lui a donné son incision transversale.

5° Il opère cette fixation au moyen de trois fils fixateurs dont le trajet est le suivant : « ils entrent à la face profonde du lambeau vaginal supérieur tout près de l'incision, se dirigent verticalement en haut, traversent toute l'épaisseur de la paroi vaginale à l'exception de la muqueuse et vont ressortir un peu plus haut ; enfin ils traversent la paroi utérine antérieure au niveau du fond ; ce sont donc des fils à direction longitudinale antéro-postérieure : de plus ce sont des fils perdus (2) »

Dührssen aurait obtenu par cette méthode 102 succès sur 114 opérations.

M. le Dr Pichevin (3) a adopté le procédé de Mackenrodt, mais il le modifie en ce sens qu'il défonce systématiquement le cul-de-sac vésico-utérin ce qui lui permet d'écarter la transfixion de l'intestin, d'avoir sous les yeux le fond même de l'utérus, de placer les fils

(1) Il faut penser que cette prétention de Dührssen n'est pas justifiée, à en croire les figures qu'il publie et qui montrent que la fixation est faite très haut sur la face antérieure de l'utérus, tout près du fond mais, pas sur le fond lui-même. Si le fond était réellement fixé, ce procédé serait à rejeter uniquement pour les conséquences fâcheuses qui en résulteraient au point de vue de l'accouchement. Fritsh pense également que la partie supérieure de l'utérus a été prise pour le fond.

(2) Ce passage est emprunté à la thèse d'Arizabalaga Paris, 1894.

(3) D'après le rapport de Le Dentu à l'Académie de médecine, 22 mai 1894.

fixateurs aussi haut qu'il le veut, et même d'explorer la face postérieure de la matrice ainsi que l'origine des annexes. De plus il a adopté en la modifiant la pince hystéromètre d'Orthmann, dont l'une des branches est destinée à être introduite jusqu'au fond de la cavité utérine, tandis que l'autre en forme d'érigne à deux pointes, glisse à volonté sur la première dans le sens longitudinal, et peut être fichée sur la face antérieure de l'utérus à environ 4 centimètres au-dessus de l'orifice externe du col. Cette pince, en permettant le renversement de la matrice en avant, facilite la mise en place des fils abaisseurs, à direction longitudinale, par rapport à l'axe de cet organe, au moyen desquels on attire vers le vagin la face antérieure et même le bord supérieur du corps de l'utérus. Ces fils sont passés successivement de bas en haut, jusqu'au point où commencera la série des points fixateurs. Voici comment ils devront être disposés :

L'incision initiale ayant été tracée depuis le tubercule antérieur du vagin jusqu'à l'insertion cervicale de sa paroi antérieure, la vessie ayant été disséquée et la face antérieure du corps de l'utérus étant renversée en bas et en avant, une première aiguille est introduite dans la paroi vaginale, le plus près possible de l'angle antérieur de l'incision; continuant son chemin, cette même aiguille pénètre dans le tissu utérin, le plus près possible du fond à 7 ^m/_m à gauche de la ligne médiane, chemine transversalement à 5 ^m/_m de profondeur et en sort à droite à 7 ^m/_m de la ligne médiane. Elle termine son parcours en perforant la paroi vaginale de la profondeur vers la surface, à 1 centimètre à

droite du bord de l'incision médiane. Deux ou trois fils sont placés de la même façon d'avant en arrière. Ainsi que le recommande Winter, M. Pichevin a soin de fixer le fond de l'utérus le plus près possible du tubercule antérieur du vagin. Comme fils abaisseurs il emploie la soie et fait la suture superficielle au crin de Florence.

Résultats. — Le Dentu, dans son rapport, ne cite que deux cas trop récents pour être pris en considération.

Nous n'avons pas l'intention de critiquer dans leurs détails ces diverses opérations, dont nous ne connaissons les procédés et les résultats que par les relations qui en ont été publiées dans ces dernières années. Qu'il nous soit seulement permis d'essayer de discuter, en nous servant de l'opinion des auteurs qui se sont occupés de la question, les principes généraux sur lesquels s'appuient ces méthodes.

Mais avant il est d'abord curieux de rapprocher les uns des autres les résultats de ces diverses opérations si différentes au point de vue de la complexité du manuel opératoire. En effet, si comme le prétend Schücking, ses opérations ont été suivies un temps suffisant, comment expliquer qu'un procédé aussi primitif que le sien, un seul fil fixateur sans avivement (1), ait donné à son auteur 84 succès sur 88 opérations, soit 94,7 pour

(1) On ne peut considérer comme un avivement, fait dans le but de maintenir adhérentes deux surfaces dénudées, la simple incision que Zweifel et Schücking pratiquent dans le cul-de-sac antérieur, et qui ne vise qu'à donner du jour en permettant au doigt de guider l'aiguille porte-fil.

100, alors que celui plus compliqué de Mackenrodt lui a donné 22 résultats parfaits sur 25 opérations, soit 88 pour 100 et celui de Dührssen (qui a la prétention de produire une adhérence mieux comprise, sinon plus fixe), 102 succès sur 114 opérations, soit 89 pour 100. (Nous laissons de côté les résultats de Winter qui portent sur un trop petit nombre de cas : 7 succès sur 7 opérations.) D'après Le Dentu, il paraît que Nicolésis, Richelot, Bossi, semblent aussi satisfaits des vagino-fixations postérieures simples ou combinées avec certaines opérations portant sur le col, que Schücking l'était de son procédé.

Nous savons que l'on ne peut guère trancher les questions de pathologie au moyen de chiffres bruts. Mais on ne peut pourtant pas ne pas être frappé de la ressemblance (pour ne pas employer le mot de supériorité) des résultats donnés par l'opération de Schücking avec ceux de Mackenrodt et de Dührssen, et l'on pourrait se demander, si à part une satisfaction théorique, très légitime d'ailleurs, il était bien nécessaire de s'efforcer autant à maintenir définitivement un utérus dans une situation qui paraît bien anormale.

Tous les auteurs qui ont pratiqué la vagino-fixation antérieure n'ont pas eu les mêmes succès que ceux dont il vient d'être parlé. Il faut à ce propos passer sous silence les insuccès que Winter avait éprouvés avec la méthode de Mackenrodt. Il aurait eu 14 échecs sur 14 opérations. Mais il est vrai que Mackenrodt a protesté en prétendant que sa méthode avait été mal comprise et en publiant les résultats de 25 opérations, qui com-

portent, comme nous l'avons déjà vu, 22 résultats parfaits et 3 demi-succès.

Pestalozza (1) aurait également échoué de la même façon. D'après lui, c'est une opération facile, donnant toujours des résultats immédiats parfaits ; mais les résultats éloignés ne sont pas sûrs du tout. Quelques mois après l'opération, la rétroflexion se reproduit dans presque la moitié des cas. Il a pratiqué huit fois la vagino-fixation pour des rétroflexions réductibles, sans adhérences péri-utérines ni lésions des annexes. Chaque fois, il s'est produit au bout de quelques mois, une récurrence de la déviation utérine.

Bien que le nombre de ces cas soit restreint cet auteur croit, étant donnée leur homogénéité pouvoir en conclure que l'on doit pratiquer la vagino-fixation dans les cas seulement où l'utérus en rétroflexion réductible, ne pourra être maintenu en place par un pessaire, ou dans les cas où celui-ci ne pourra être toléré. En résumé, il croit que les indications de la vagino-fixation doivent être très restreintes et que ce procédé n'a qu'une valeur transitoire analogue à celle du pessaire.

(1) Pestalozza. — Communication au XI^e Congrès international de Rome 1894. Nous faisons des réserves sur l'importance qu'il faut attacher à ces succès de Pestalozza, car, dans cette communication, il n'est pas fait mention du procédé employé et il pourrait se faire que cet auteur, comme cela est arrivé à Winter, ait négligé un élément essentiel de la méthode de Mackenrodt : la fixation de la face antérieure de l'utérus, en un point voisin du fond, à un niveau de la paroi vaginale antérieure aussi rapprochée que possible du méat urinaire.

A ce propos, il nous paraît bon de rapporter l'opinion de Delbet qui dit dans son article du *Traité de chirurgie* « que toutes ces opérations (les opérations vaginales) agissent absolument à la manière des pessaires vaginaux. Elles ont pour but de réaliser ce que réalise le pessaire, mais elles le réalisent moins bien, car le pessaire a un point d'appui large et solide, tandis que les fils, et les adhérences qu'ils laissent, n'agissent que sur la paroi vaginale qui est essentiellement souple et mobile.

On a encore comparé la vaginofixation à un procédé peu connu, croyons nous, et qui consiste dans le raccourcissement du cul-de-sac vésico utérin, qui a pour effet de reporter l'utérus rétrofléchi dans sa position normale. Cette opération, d'après Franck(1), qui en serait l'auteur, est beaucoup plus difficile que celle de Mackenrodt, parce qu'il faut libérer le péritoine, jusque vers le fond de l'utérus, mais elle a l'avantage de rétablir des rapports plus normaux, tandis que, par le procédé de Mackenrodt, on obtient une antéflexion avec abaissement de l'organe.

Franck nous donne ainsi l'occasion de parler d'un point faible des méthodes de vaginofixation antérieure, en faisant remarquer qu'après l'opération, l'utérus est fixé plus bas que normalement.

En effet, on peut dire qu'en résumé la vaginofixation antérieure a pour but de dédoubler la paroi vésicovaginale en deux plans, un plan vésical situé

(1) Franck Soc. d'Obst. et de Gyn. de Cologne, 5 janvier 1893. — D'après le *Centr. f. Gyn.*, 1894 n° 14, p. 237.

en avant, et un plan vaginal situé en arrière, tous deux restant rattachés l'un à l'autre vers le tubercule antérieur du vagin, mais largement séparés du côté opposé de façon à former pour ainsi dire un angle dièdre ouvert en haut et en arrière après l'opération; et dans lequel on fait basculer le fond de l'utérus; le corps utérin comblant alors cet angle est ensuite fixé par sa face antérieure à la face profonde de la paroi vaginale.

A quel niveau de cette paroi? Le plus près possible du méat urinaire, disent les auteurs, tout au moins dans la moitié antérieure de l'incision longitudinale, dit Winter (1), et M. Pichevin se range à cet avis (2), immédiatement au dessous du tubercule antérieure du vagin, dit Mackenrodt (3). Nous ignorons à quel niveau du vagin Dührssen opère la fixation de l'utérus; il faut penser que son procédé à incision transversale, en lui donnant un lambeau supérieur très court ne lui permet pas d'arriver aussi près du méat urinaire que les auteurs précédents.

Quoiqu'il en soit, il découle de ces façons de procéder deux conséquences qui nous paraissent importantes :

- 1° L'utérus est maintenu abaissé.
- 2° Il est situé au dessous de la vessie (4).

(1) Winter. Centr. f. Gyn, 1893, n° 27, p. 628.

(2) Arizzabalaga. Loc. cit., p. 44 et p. 57.

(3) Mackenrodt. Centr. f. Gyn, 1893, n° 29, p. 669.

(4) Cette situation de l'utérus au dessous de la vessie, signalée par Fritsch (Vaginofixatio und. ventrofixatio, in Deutsch med., Woch., janvier 1894) nettement reconnue par Arizzabalaga n'est pas indiquée dans les figures qui ac-

Or, de par le rôle physiologique nettement établi des ligaments utéro sacrés, toute rétroversion mobile, c'est-à-dire dans laquelle il ne s'est pas produit de rétraction du tissu cellulaire péri-utérin, doit forcément s'accompagner d'un certain degré de prolapsus, le col ne pouvant pas se porter en avant sans que les ligaments de Douglas soient en même temps allongés, et ces mêmes ligaments ne pouvant pas à leur tour subir un allongement quelconque sans affaiblir d'autant le principal élément de soutien de l'utérus (1).

C'est peut-être un peu grâce à ce prolapsus que les auteurs des vagino-fixations doivent d'abaisser l'utérus avec une telle facilité, qui leur permet à Dührssen de disloquer cet organe en avant de la vulve et d'y amener même les annexes qu'on peut alors voir et toucher, et à M. Pichevin d'explorer la face postérieure de la matrice et l'origine des annexes.

Il est bien certain que par la bascule du corps en avant, le col se portant en arrière, les ligaments utéro sacrés pourront être en partie soulagés.

Mais néanmoins, le prolapsus qui existe dans ces

compagnent l'article de Dührssen. Nous avons donc lieu de croire avec l'auteur précédent que ces figures sont inexactes à plus d'un titre.

(1) Nous croyons devoir nous contenter de rappeler que Kiwish, Savage, Herrgott, ont établi expérimentalement le rôle des ligaments utéro-sacrés dans la pathogénie du prolapsus utérin. Ce sont ces ligaments qui dans ces expériences s'opposaient le plus énergiquement à la production artificielle du prolapsus, alors que leur section en produisait immédiatement la formation..

cas n'est pas corrigé, bien au contraire; l'utérus est quand même maintenu abaissé et il doit certainement tirailler sur un de ses ligaments de soutien.

En supposant, ce qui n'est pas démontré, qu'il n'y ait pas tendance directe à l'exagération d'un prolapsus déjà existant, il est bien certain que rien n'est fait pour corriger cette procidence, légère, si l'on veut, mais réelle et pouvant toujours s'accroître. Et pourtant certains partisans de la vaginofixation font rentrer le prolapsus parmi les indications de cette opération, comptant sans doute dans ces cas sur la tension donnée à la paroi vaginale par une colporrhaphie plus ou moins étendue. Mais alors le prolapsus relève surtout non de la vaginofixation elle-même, mais de la colporrhaphie, que celle-ci fasse partie intégrante ou non de l'opération principale.

La fixation, elle aussi, joue certainement son rôle, mais elle est faite sur la paroi vaginale antérieure qui n'offre pas toutes les garanties de solidité désirables, en admettant même qu'on ait exagéré son peu de résistance.

Pestallozza croit, en effet, que les échecs sont dus non pas au matériel plus ou moins défectueux que l'on emploie, mais au caractère anatomique des tissus mis en contact.

Pozzi, dans son *Traité*, reproche aux méthodes d'hystéropexie vaginales de fixer l'utérus à des tissus mobiles et extensibles. Lors de la communication de Jacobs, il dit encore qu'il croit que c'est une mauvaise opération, car il n'admet pas, avec Trélat, que le vagin puisse fournir un point d'appui suffisant.

La ventrofixation, elle non plus ne rend pas à l'utérus sa position normale; mais au moins elle exerce son action dans le même sens que les moyens de suspension de la matrice, et si ces derniers viennent à faire défaut, ou simplement à s'affaiblir, on peut compter, qu'ils seront remplacés ou largement suppléés par une fixation solide à un plan suffisamment résistant.

Quant à la situation de l'utérus au-dessous de la vessie, nous nous contenterons de faire remarquer avec Fristch (1) que pendant la réplétion de cette dernière son poids vient s'ajouter à l'action de la pression abdominale pour abaisser encore l'utérus. Nous ajouterons que cette disposition exagère en outre l'antéflexion, ainsi qu'il résulte d'une observation de Fränkel (2). En effet, celui-ci ayant pratiqué la vaginofixation de Mackenrodt, constata six mois après que « par le remplissage de la vessie avec 1 1/2 litre d'eau, l'antéflexion se dessinait davantage. » Resterait à savoir si cette exagération de l'antéflexion est un avantage plutôt qu'un inconvénient.

Les considérations qui viennent d'être exposées ne sont que théoriques et ne doivent être envisagées que comme telles; ce sont les faits qui trancheront la question et décideront en fin de compte de la valeur réelle de la vagino-fixation; mais doré et déjà nous pensons, jusqu'à preuve du contraire, que cette opé-

(1) Fritsch. Loc. cit.

(2) Fränkel. Loc. cit. Cas IV.

ration, incertaine dans ses résultats, plaçant l'utérus dans une position antiphysiologique au premier chef, ne pouvant suppléer à un prolapsus déjà existant ou pouvant survenir, ne doit pas être pratiquée dans les cas de rétrodéviations même mobiles, justiciables du traitement chirurgical. Nous croyons pouvoir lui appliquer l'argument que M. le professeur Fochier fait valoir contre l'Alexander en disant que c'est une opération inutile, lorsque la réduction est facile et peut être maintenue par un anneau de Hodge, insuffisante lorsque la réduction est impossible autrement que par une action directe sur les adhérences (1).

A la vérité la plupart des auteurs qui se sont occupés de la vagino-fixation antérieure n'ont pas cherché à la pratiquer dans les cas de rétrodéviations adhérentes. Dührssen, cependant, lorsque des brides tirent en arrière sur le fond, en avant et par côté sur le col, dans le cas l'utérus gros, immobile, peu flexible, dont le fond tend à retomber en arrière, aurait obtenu des résultats durables par la répétition de la vagino-fixation (2).

Dans un autre passage, il reproche aux deux méthodes de Mackenrodt et de Winter de ne pas pouvoir produire une antéflexion à la place d'une rétroflexion dans tous les cas où des adhérences périmétriques postérieures insérées vers le fond se trouvent plus élevées que la fixation artificielle. Il prétend que dans ces cas la

(1) Voir la thèse de Lamort, Bordeaux, 1894.

(2) Dührssen. — Centr. f. Gyn. 1893, p. 684.

traction due à ces adhérences périmétritiques reproduit la rétroflexion dans le procédé de Mackenrodt-Winter, mais n'entraîne qu'une rétroposition dans son procédé à lui (1).

Aussi, juge-t-il sa méthode bien supérieure dans les cas de rétroflexions fixes mais réductibles.

Mais si dans l'idée même des créateurs de la vagino-fixation cette opération n'était pas destinée à combattre les rétrodéviations adhérentes, il a été fait dernièrement des tentatives pour utiliser dans ces cas la fixation de l'utérus au vagin.

En effet Jacobs qui préconise un procédé de vagino-fixation double, consistant à fixer l'utérus à la paroi vaginale antérieure et le col à la paroi rectale, est allé jusqu'à recommander dans le cas d'adhérences rétro-utérines, plutôt que de faire l'hystéropexie abdominale dont il semble être devenu un adversaire décidé, d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas, pour rompre ces adhérences, de le refermer aussitôt et de pratiquer ensuite la vagino-fixation double (2). Il estime que par ce procédé l'opération peut s'appliquer à tous les cas de déviations dans lesquels on doit intervenir.

Mais nous n'avons trouvé nulle part les résultats de cette triple opération que Jacobs se contentait de proposer lors de sa communication au VII^e Congrès français de Chirurgie. Peut-être ne l'a-t-il pas exécutée.

(1) Dührssen. Centr. f. Gyn. 1893.

(2) Jacobs. De l'hystéropexie vaginale double. Congrès français de chirurgie, 1893, séance du 8 avril.

Du moins nos recherches bibliographiques n'ont sans doute pas été poussées assez loin pour que nous puissions rien affirmer là dessus.

L'opération de Jacobs, qui n'a pas fait ses preuves, est passible des mêmes reproches que tous les autres procédés vaginaux, mais elle a en outre contre elle une incertitude plus grande au point de vue de la grossesse, la fixation du col en arrière devant gêner, suivant toute prévision, la constitution du segment inférieur.

Quant à l'ouverture du Douglas, pour rompre les adhérences rétro-utérines, elle fait partie d'une opération que pratique M. le Dr Boileux, sous le nom d'élytrotomie interligamentaire. Cette opération comprend, outre l'ouverture du cul-de-sac de Douglas ou élytrotomie proprement dite, le drainage de la cavité, destiné à évacuer la sérosité qui s'écoule des lymphatiques rompus et à offrir un point d'appui à l'utérus et le massage post-opératoire qui doit tonifier les ligaments utéro-sacrés (1).

Certes, la voie vaginale, au point de vue de l'exploration des organes placés en arrière des ligaments larges, n'est pas à rejeter de parti pris et l'Ecole lyonnaise représentée sur ce terrain par MM. Laroyenne (2), Goullioud (3) et Condamin (4) a bien montré que par

(1) Vanderhagen. Th. de Paris, 1894.

(2) Laroyenne. Ann. de gyn. et d'obst., juillet 1893.

(3) Goullioud. Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx. Lyon médical, 1893.

(4) Condamin.

ce chemin on pouvait en toute sécurité enlever des annexes malades, soit pour des lésions unilatérales, soit pour salpingo-ovarites enkystées, et dans ce dernier cas il est même arrivé plusieurs fois d'enlever les annexes de chaque côté, l'examen après la ponction ayant révélé des altérations bilatérales.

Mais l'élytrotomie interligamentaire est une opération incomplète en ce sens qu'elle laisse l'utérus sous une fixation nouvelle pouvant empêcher une récurrence utérine de la rétrodéviation. Il est vrai qu'il est arrivé à certains chirurgiens, après l'ouverture du ventre, de ne pas fixer un utérus rétrodévié qu'ils s'étaient contentés de libérer de ses adhérences et cela sans préjudice pour la malade qui guérit fort bien. Trois cas de ce genre appartenant à MM. Tuffier, Routier et Lucas-Championnière sont relatés dans la thèse de M. Baudouin.

Cette opération ne satisfait pas l'esprit du chirurgien, et s'il est arrivé aux auteurs précédents de ne pas avoir de récurrence, d'autres opérateurs n'ont pas été aussi heureux (1).

En résumé, la question des résultats qui n'est pas encore tranchée étant mise de côté, nous croyons pouvoir dire que l'hystéropexie vaginale antérieure ne présente pas des garanties suffisantes soit à cause de la situation de l'utérus anormalement abaissé, soit en raison de la solidité de la paroi vaginale qui ne peut être comparée à celle de l'abdomen, et que de plus,

(1) Schwartz. Archives de tocologie, 1894.

malgré les efforts de certains chirurgiens, elle ne peut s'adresser qu'aux rétroversions mobiles.

Voyons maintenant quelles sont les garanties de succès que nous donne l'hystéropexie abdominale antérieure.

II. — De l'hystéropexie abdominale antérieure.

§ 1. — *Manuel opératoire.*

Il ne s'agit ici què de l'hystéropexie abdominale antérieure *intra-péritonéale*.

L'hystéropexie *extra-péritonéale* est laissée de côté comme insuffisante. M. Baudouin, auquel il faut toujours recourir pour tout ce qui concerne l'exposé et la critique de ces méthodes, lui reproche : 1° d'être aveugle, puisqu'on manœuvre à l'extérieur de la cavité addominale restée close ; 2° « de ne remédier qu'à une lésion donnée, alors que d'autres, restant inconnues et impossibles à soupçonner, existent réellement » (1).

Ces deux inconvénients, d'une importance capitale, se retrouvent dans toutes les méthodes qui ont la prétention de pouvoir se passer de l'ouverture de l'abdomen, et c'est ce qui fait et fera toujours la supériorité

(1) M. Baudoin. Loc. cit., p. 112.

incontestable de l'hystéropexie abdominale intra-péritonéale.

Cette méthode a donc pour but de fixer l'utérus à la paroi abdominale antérieure après ouverture du péritoine.

Suivant les points de l'utérus qu'on aura choisis pour opérer cette fixation, on aura un des trois procédés suivants :

1° Procédés de *fixation directe*, ou fixation de l'utérus à la paroi abdominale (Léopold, Czerny, Terrier, Laroynne, Pozzi....)

2° Procédés de *fixation semi-directe*, ou fixation des annexes de l'utérus laissées intactes (Olshausen-Scenger, von Winiwarter.....)

3° Procédés de *fixation indirecte*, ou fixation du pédicule de l'une ou des deux annexes enlevées.

La première de ces trois classes nous intéresse seule (1). Dans la plupart des procédés qui lui appartiennent on emploie des fils passés horizontalement à travers le fond ou la paroi antérieure de l'utérus, et traversant la paroi abdominale en entier en dehors des lèvres de la plaie (sutures temporaires, Léopold) ou bien venant ressortir dans l'épaisseur même de cette plaie, de façon à ne comprendre que le péritoine et la couche musculo-aponévrotique (sutures perdues intra-péritonéo-pariétales).

(1) Pour l'exposé des autres procédés de fixation semi-directe et de fixation indirecte, ainsi que pour ceux à fixation directe et à sutures verticales, nous renvoyons à la thèse de M. Baudouin.

PROCÉDÉS DE FIXATION DIRECTE A SUTURES TRANSVERSALES

C'est à cette dernière catégorie qu'appartient le procédé de M. Laroyenne. C'est à lui que nous donnons la préférence en raison de sa simplicité et de sa grande facilité d'exécution, avantages qui permettent au chirurgien d'apporter tous ses soins dans la pose des fils fixateurs, et dans la fermeture exacte de la plaie, les deux points les plus importants de l'opération.

Les procédés classiques de Czerny, de Terrier et de Pozzi, sont aussi les types les plus parfaits des hystéropexies abdominales antérieures à fixation directe médiane. Ce sont eux qui ont servi de modèle à toutes les opérations similaires faites depuis, car nous avons pu constater au cours de nos recherches que la plupart des auteurs donnaient la préférence à la fixation directe et médiane du corps utérin par des sutures transversales.

Cependant l'opération d'Olshausen-Sænger jouit en Allemagne d'une certaine vogue. Pour ce motif et aussi parce que nous rapportons à la fin de ce travail un cas de rétroversion traitée par cette méthode, nous allons en dire quelques mots avant de passer à l'exposé succinct des autres procédés.

Le procédé d'Olshausen-Sænger consiste à fixer chaque corne utérine à la paroi par plusieurs points de suture en dedans de l'artère épigastrique. Ces su-

tures ne portent pas sur l'utérus ni même sur les cornes utérines, mais sur les ligaments ronds et le bord interne des ligaments larges. Les fils au nombre de trois de chaque côté sont échelonnés de haut en bas à quelques centimètres en dehors de l'incision abdominale.

Cette méthode à sutures biltérales et symétriques donne une fixation très ferme, laissant cependant à l'utérus une certaine mobilité ; mais elle a le grand inconvénient de laisser entre l'utérus et la paroi, une sorte de boutonnière dans laquelle l'intestin risque toujours de s'incarcérer.

Procédé de Léopold. — Fixation du fond au moyen de trois fils de soie, traversant l'utérus, et allant le premier de l'insertion d'un ligament rond à celui du côté opposé, le second d'un point situé près de l'origine des trompes au point symétrique opposé, et le troisième de la même manière et à un centimètre en arrière du précédent.

Ces trois fils traversent par leurs deux extrémités l'épaisseur entière de la paroi abdominale et une fois noués ils servent à l'affrontement des lèvres de la plaie aussi bien qu'au maintien de l'utérus contre la paroi.

Les parties inférieures et supérieures de la plaie abdominale sont fermées par des fils de suture présentant cette dernière disposition mais sans traverser le tissu utérin.

Avant la fermeture de l'abdomen on a fait un grat-

tage de la séreuse utérine, destiné à faciliter les adhérences.

On a reproché avec raison à ce procédé : d'abord ses sutures temporaires qui n'assurent pas une longue durée de l'application de l'utérus à la paroi par les fils, ensuite son mode de suture de la paroi abdominale par des fils traversant en masse, toute l'épaisseur de cette paroi, ce qui a le double inconvénient de permettre l'accumulation du sang ou des liquides d'exsudation dans l'intérieur de la plaie et de ne pas s'opposer suffisamment aux éventrations. Enfin nous pensons qu'en raison de la fixation du fond, ce procédé doit être rejeté toutes les fois que l'impossibilité d'une grossesse ultérieure ne sera pas certaine, c'est-à-dire dans la très grande majorité des cas.

L'avivement de la séreuse est reconnu par tous inutile.

Procédé Czerny-Terrier. — Les fils fixateurs (catgut) sont passés à travers l'utérus au niveau des points qui s'accolent le plus facilement à la paroi abdominale. Au lieu de traverser l'épaisseur entière de la paroi abdominale ils n'intéressent que la couche musculo-aponévrotique et sont noués dans la plaie (sutures perdues).

La plaie abdominale est ensuite fermée par une suture à trois étages.

Procédé de Pozzi. — « Le chirurgien, armé d'une aiguille de Hagedorn munie de soie fine mais résistante, fait, à la partie inférieure de la plaie, deux points de

suture comprenant la totalité du plan séro-fibro-musculaire des parois abdominales de manière à y prendre un point d'appui. A partir de là, il fait rapidement un surjet ascendant dont la spirale traverse successivement toute la partie profonde de la plaie abdominale (peau et tissu cellulaire exceptés), la couche superficielle de l'utérus sur sa partie médiane, puis l'autre lèvre de l'incision abdominale; trois à quatre points de suture suffisent. Dès que l'utérus est de la sorte fixé à la paroi antérieure, le surjet de soie est arrêté. » (1).

La fermeture de la paroi est obtenue au moyen d'un double surjet au catgut le premier, comprenant la couche musculo-aponévrotique, le second, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Elle est même consolidée par des sutures profondes de soutènement à la soie et des sutures intercalaires superficielles.

Nous allons maintenant décrire sommairement en entier le procédé de M. le professeur Laroyenne. Les nombreuses publications où il se trouve déjà retracé (2) nous dispenseront d'en faire un tableau détaillé.

(1) Pozzi. Traité de gynécologie. Paris, 1892.

(2) C. Audry. Progrès médical, 1890. — R. Condamin. Lyon médical, 1893, et Archives provinciales de chirurgie, 1894. — Bouffandeau. Thèse de Lyon, 1894.

PROCÉDÉ DE M. LAROYENNE.

L'opération est précédée d'un temps préliminaire consistant dans la dilatation de la cavité utérine à l'aide des bougies d'Hégar, que l'on fait passer successivement jusqu'au n° 26 de la série. Cette dilatation a pour but de permettre l'introduction d'un gros hystéromètre.

La malade placée ensuite sur le lit de Trendelenburg et mise en inversion, on procède à l'opération proprement dite, dont voici les temps successifs.

Premier temps. — L'aide tend au moyen de l'hystéromètre à réduire l'utérus rétrodévié. Celui-ci, s'il est assez mobile, viendra au contact de la paroi abdominale qu'il pourra même soulever si la réduction est assez énergique.

Deuxième temps. — Incision sur la ligne médiane, variant de 5 à 8 centimètres au gré de l'opérateur, et comprenant le péritoine. Examen de l'utérus et des annexes. Rupture des adhérences ou ablation des annexes malades s'il y a lieu.

Troisième temps. — On met en place les aiguilles-broches. Celles-ci ordinairement au nombre de trois et placées successivement de haut en bas, traversent la couche aponévrotique et le péritoine à 2 centimètres du bord de la section, pénètrent aussitôt dans le corps utérin qu'elles parcourent transversalement sur une longueur de 2 centimètres environ, et ressortent symétriquement à travers le péritoine et l'aponévrose du côté opposé. La première aiguille la plus haut placée empiète sur le fond. Les deux autres sont placées au-

dessous à 2 centimètres environ d'intervalle et occupent la face antérieure de l'utérus.

Quatrième temps. — On charge les aiguilles de crin de Florence. Les aiguilles sont retirées en commençant par la plus élevée et les fils restés en place sont noués au fur et à mesure du retrait des aiguilles.

Cinquième temps. — On complète la fermeture de la paroi en plaçant des sutures intercalaires, au catgut, placées comme les crins de Florence mais sans comprendre le tissu utérin. Une suture superficielle en surjet et au catgut achève définitivement de fermer la plaie.

Comme on le voit, les deux points qui font de la méthode de M. Laroyenne un procédé original, c'est d'abord l'emploi systématique d'un gros hystéromètre pour réduire l'utérus en avant et ensuite l'application de plusieurs aiguilles-broches pour maintenir le contact de la matrice à la paroi avant la pose des fils fixateurs.

Nous ne voyons pas en quoi l'emploi de l'hystéromètre de M. Laroyenne peut être criticable ainsi que l'énonce Sinclair (1). Nous voyons au contraire fort bien quels en sont les avantages très réels. En effet il permet d'abord de faire une incision abdominale aussi petite que possible, contrairement à ce qui doit arriver dans les procédés où l'introduction de la main dans l'abdomen est un des temps obligés de l'opération. Une

(1) Sinclair. Ventrofixation of the uterus. (Medicale Chronicle, Avril, 1894.)

boutonnière de 5 centimètres est ordinairement suffisante, et lorsqu'elle est faite, l'écartement de ses bords permet de voir le corps utérin qui vient en fermer presque complètement l'ouverture ; ceci s'observe très bien dans les cas où l'utérus est très mobile comme dans les prolapsus ; mais même lorsqu'il s'agit de rétro-déviation adhérentes les avantages de l'hystéromètre ne sont pas négligeables. Dans ces cas, en effet, les adhérences rétro-utérines qui retiennent plus ou moins l'utérus en arrière se trouvent tendues par la force qui porte cet utérus en avant, et dans ces conditions il suffit de passer sur ces adhérences un ou deux doigts faisant crochet pour les déchirer parfois très facilement. Nous avons vu souvent M. Laroyenne se contenter, dans ces cas, d'introduire l'index de la main droite, la paume de la main restant au dehors pour déprimer la paroi abdominale. L'utérus venait ensuite en avant avec la plus grande facilité entraînant avec lui ses annexes qu'on pouvait trouver aisément en soulevant simplement un des côtés de l'incision, ce qui permettait à la fois de les examiner et d'en faire l'ablation s'il y avait lieu.

Dans les cas où il est difficile dans ces conditions de rompre les adhérences, rien n'est plus simple que d'agrandir la plaie abdominale pour se donner du jour et procéder à loisir à la libération de l'utérus ou de ses annexes, et parer aux hemorrhagies ou autres accidents qui pourraient survenir.

Si ce procédé évite dans une certaine limite l'introduction de la main dans le péritoine, ce n'est pas que son auteur craigne outre mesure les dangers de cette

introduction, de même qu'il serait malséant de penser que ceux qui plongent systématiquement leur main dans le ventre agissent ainsi uniquement pour bien montrer qu'ils ne redoutent pas une telle manipulation.

La brièveté de l'incision n'a pas d'autres avantages que d'éviter une mutilation inutile ou de la limiter le plus possible, et de laisser à la suite une cicatrice peu étendue, ce qui sera certainement très apprécié de la femme, surtout si elle est jeune.

Elle n'a pas pour but de diminuer les chances d'éventration qui seront presque nulles si l'on a soin de faire une suture à trois places comprenant successivement le péritoine, la couche musculo-aponévrotique et la peau, en redoublant de soins pour assurer la fermeture de la plaie au-dessus et au-dessous de l'utérus, c'est-à-dire aux niveaux où il n'est plus permis de compter sur la présence de cet organe pour s'opposer à la production d'une hernie (1).

Un autre avantage de l'hystéromètre, bien appréciable dans les cas d'utérus mobile, est de pouvoir déterminer par avance le point où devra se faire l'incision abdominale. Ceci est très important surtout dans les prolapsus où l'élongation de l'utérus et la chute plus ou moins prononcée des parois vaginales exigent une fixation parfois très haute.

Dans le cas de rétroversion adhérente, si l'on a senti par le toucher des ligaments utéro-sacrés rétractés,

(1) Goullioud. De l'éventration opératoire. Lyon méd. 1892.

on devra s'attendre, même après la libération de l'utérus et de ses annexes, à avoir des difficultés pour replacer l'utérus. Les tissus péri-utérins sont dans ces cas assez indurés pour constituer un obstacle très sérieux au déplacement en avant et en haut de la matrice et l'empêcher même d'arriver au contact de la paroi du ventre.

Dans ces conditions il est permis de penser que les pinces ou les manœuvres digitales dont se servent certains opérateurs pour attirer le corps utérin en avant, seront beaucoup moins efficaces que l'emploi de l'hystéromètre qui, au lieu de tirer sur un point limité de l'organe, exerce son action comme un fort levier sur presque toute la hauteur de la cavité utérine. Nous verrons plus loin par quelques exemples la réalité de ces obstacles à la réduction de l'utérus, même après la libération des adhérences.

En résumé, si l'utérus est mobile, l'hystéromètre servira à le réduire et à l'amener au contact de la paroi, à la soulever même, indiquant ainsi au chirurgien l'endroit précis où doit porter son incision ; au cas d'utérus adhérent, il facilitera en tendant les adhérences, leur rupture au moyen du doigt, si outre les adhérences, il y a rétraction des ligaments utéro-sacrés, rendant difficile la reposition de l'utérus en haut et en avant, l'hystéromètre agira pour vaincre cette résistance avec une force incomparablement supérieure à celle d'une pince ou d'un fil de traction.

Nous croyons que de tels avantages sont bien suffisants pour tout au moins justifier l'emploi de cet instrument.

Quant aux aiguilles-broches, elles assurent le plus tôt possible le contact de l'utérus à la paroi, dont la plaie se trouve dès ce moment complètement fermée, quand l'incision n'a pas été trop longue.

Dès que la première est placée, on peut procéder à loisir à la pose des autres, ce qui permettra d'agir avec tous les soins voulus pour transfixer le péritoine et la couche musculo-aponévrotique, à des distances respectives calculées de manière à laisser en dedans des points d'entrée et de sortie des aiguilles une certaine largeur de séreuse suffisante pour effectuer un large adossement du péritoine, comme le recommande M. le docteur C. Audry (1). Cet adossement sera facilité par des pinces hémostatiques placées au début de l'opération et saisissant les bords de la séreuse, qu'elles viennent fixer aux bords cutanés de la plaie pariétale. Les auteurs ne semblent pas en général se préoccuper de cet adossement qui est cependant une des conditions les plus importantes d'une bonne fermeture de l'abdomen. A la Clinique gynécologique de Lyon, ce point de l'opération fait au contraire l'objet de toute l'attention du chirurgien.

Nous avons déjà dit que les procédés de fixation directe médiane par des fils transversaux semblaient avoir la faveur des chirurgiens. Les diverses observations étrangères que nous rapportons parmi nos pièces justificatives portent toutes, sauf une de Frænkel qui concerne une opération d'Olshausen-Sœnger, sur un procédé de cet ordre.

(1) C. Audry. Progrès médical, 5 juillet 1890.

Spœth a pratiqué la méthode de Czerny dans les dix cas de sa dernière série.

Napier et Schacht emploient un procédé qui diffère peu de celui de Czerny-Terrier.

Sinclair a une méthode basée sur les mêmes principes mais se compliquant de l'oblitération soigneuse par des sutures fines du cul-de-sac vésico-utérin.

Van Hassel se sert du procédé de Jacobs, fixant aussi directement le corps utérin à la paroi.

Nous pouvons ajouter que M. le docteur Roux (1), de Lausanne, publie en ce moment une série de cas très détaillés d'hystéropexies abdominales par fixation directe médiane du corps utérin.

Kiriak (2) a publié quatre cas d'une opération analogue à celle de Sinclair, à laquelle il a donné le nom d'hystéro-cysto-ventropexie.

Enfin, John W. Taylor (3) dit avoir pratiqué cinq fois la ventrofixation de l'utérus, deux fois par la méthode latérale, trois fois par la méthode directe et il reconnaît que cette dernière est préférable.

(1) Poltovicz. Revue médicale de la Suisse romande, 20 janvier 1895.

(2) Kiriak. Roumanie médicale, août 1893.

(3) Congrès annuel de l'Association médicale de la Grande-Bretagne, tenu à Newcastle, août 1893. In Brit. med. jour., octobre 1893.

§ 2. — *Avantages de l'hystéropexie abdominale antérieure.*

Facilité de l'hystéropexie abdominale.

L'hystéropexie abdominale antérieure n'a guère contre elle que la gravité qui s'attache à toute laparotomie.

Les dangers des interventions intra-péritonéales ont été niés par les uns, exagérés par les autres.

Les premiers, confiants dans leur habileté et dans la pratique de l'antisepsie, mettent tous les désastres survenus sur le compte d'une faute opératoire. Pour eux, ce n'est pas la laparotomie qu'il faut accuser, c'est le laparatomiste et ses aides ; comme si tout naufrage atteignait invariablement la responsabilité du capitaine et de son équipage.

Les seconds, ne voyant que les cas malheureux qui se révèlent de temps à autre, oublient les nombreux et brillants succès antérieurs et, regardant l'ouverture de l'abdomen avec une défiance excessive, ils encouragent à la réaction.

Ce mot de réaction, qui a été prononcé maintes fois dans les discussions de Sociétés et les articles de journaux concernant ce sujet, ne semble pas cependant devoir être le mot d'ordre actuel, et l'on pourrait exprimer une opinion moyenne qui nous semblerait plus juste : c'est que la laparotomie est d'une bénignité absolue en tant qu'elle relève de l'habileté opératoire et de l'application rigoureuse des méthodes antiseptiques, mais que l'habileté et l'antisepsie ne sont pas les deux seuls facteurs devant entrer ici

en ligne de compte, qu'il y a également l'imprévu, et que tout chirurgien prévoyant doit précisément faire la part de cet imprévu.

Cette question de dangers étant résolue par chacun suivant ses goûts et mise de côté, il faut reconnaître à l'hystéropexie abdominale une grande facilité d'exécution, facilité tout au moins égale à celle des opérations vaginales dont nous avons décrit le manuel opératoire. Dührssen prétend ne mettre que dix minutes pour exécuter son opération ; mais sans vouloir ergoter sur cette question de durée qui est sans doute un peu enfantine, cinq minutes de plus ou de moins n'étant pas préjudiciables à une malade sous la narcose, nous pouvons affirmer, pour l'avoir constaté par nous-même, que les opérateurs qui se servent du procédé de M. Laroyenne ne mettent pas plus d'un quart d'heure pour ouvrir le ventre, fixer l'utérus et refermer la paroi, quand il s'agit, bien entendu, d'utérus mobile comme dans le cas de prolapsus et quelquefois quoique exceptionnellement de rétroversion, l'hystéropexie étant dirigée, dans ce dernier cas, contre des symptômes graves et douloureux, malgré l'absence de toute adhérence.

Elle se présente tout naturellement à l'esprit. L'utérus est situé en bas et en arrière, il faut le fixer en haut et en avant sur un point d'appui solide, et Kœberlé fit preuve d'une audacieuse logique lorsqu'il exécuta son opération, il y aura bientôt vingt-cinq ans, malgré tous les dangers de la laparotomie à cette époque.

**Possibilité d'examiner l'état des annexes et de les enlever
s'il y a lieu.**

Nous avons déjà attiré l'attention sur les difficultés du diagnostic des lésions abdominales. L'abdomen a été appelé, on le sait, une boîte à surprises.

« Il faut savoir dire et répéter, disait M. L. Championnière, il y a trois ans, au cours d'une discussion à la Société de Chirurgie, qu'il est toujours difficile de voir dans le ventre, même par la laparotomie, quand le bassin est plein d'adhérences et quand ses organes sont modifiés dans leur aspect et dans leurs rapports par la péritonite chronique. Il ne me semble pas plus facile de le faire par le vagin. »

M. Pozzi, dans la même discussion, estime que l'incision vaginale exploratrice ne peut se comparer à l'incision abdominale. « La voie vaginale, dit-il, me paraît, dans la grande majorité des cas, tout-à-fait inférieure à la voie abdominale, et s'y engager de préférence c'est jouer la difficulté. »

Il est démontré cependant que par le vagin on peut facilement ponctionner des abcès pelviens, explorer des annexes à lésions unilatérales ou même bilatérales dans le cas de péritonite enkystée. M. Laroyenne à même, par cette voie, pu ponctionner une collection purulente située immédiatement derrière la branche horizontale du pubis, et débrider par une série de ponctions, une collection multiloculaire. Mais si la voie vaginale offre, dans certains cas, des avantages particuliers dont les principaux sont un moindre danger

et l'absence de toute cicatrice visible, il n'en reste pas moins évident que l'incision abdominale est incomparablement avantageuse au point de vue de l'examen des trompes et des ovaires.

Cette aisance que donne la laparotomie est une mise à profit pour le traitement des lésions annexielles et l'on pourra faire, suivant les circonstances, soit l'ablation totale et bilatérale, soit des ablations partielles, ainsi que M. Pozzi le pratique dans le cas d'ovarite diffuse et dedégénérescence sclérokystiques, affections dont les lésions ont été si bien décrites dans la thèse inaugurale de son ancien interne M. Delaunay. On ne compte plus aujourd'hui les cas de grossesses qui ont suivi ces résections partielles des annexes. Depuis le cas classique de Schröder, de nombreux faits de cette nature ont été publiés et recueillis. Il avait été déjà prouvé par une observation de Trélat (1), deux de Bazy (2), quatre de Doléris (3) et une de Mangin (4) (de Marseille) que la salpingo-ovarite même double peut être suivie de grossesses et relève par conséquent d'un traitement conservateur. Des cas de grossesses après opérations conservatrices sur les annexes ont été publiés par Schröder, A. Martin, Schatz, Sippel, Polk, Matthei, etc...

Enfin M. Goullioud (5), dans un article paru récem-

(1) Trélat. Soc. de Chir., 26 février 1890.

(2) Bazy. Arch. gén. de méd., juin-juillet 1891.

(3) Doléris. Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn., 1892.

(4) Mangin. Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn., 1892.

(5) Goullioud. Cas de grossesse chez des opérées pour salpingo-ovarite. Ann. de Gyn. et d'Obst, novembre 1894.

ment, après avoir rapporté onze observations personnelles de femmes devenues enceintes après des débridements vaginaux, cite deux cas, empruntés aussi à sa pratique, de grossesses après ablation unilatérale des annexes faites par l'abdomen. Ces deux dernières observations se trouvent in-extenso à la fin de ce mémoire (obs. II et obs. X) car dans l'un comme dans l'autre l'utérus avait été fixé à la paroi abdominale.

Ils rentrent donc dans l'étude que nous allons faire tout à l'heure de la possibilité de grossesses ultérieures après l'hystéropexie abdominale. Mais avant, disons quelques mots de certaines salpingites qu'on peut guérir par le seul fait de la fixation de l'utérus en haut et en avant.

Traitement de certaines salpingites par l'hystéropexie.

Certaines salpingites dites profluentes, c'est-à-dire pouvant vider leur contenu dans l'utérus par l'orifice utérin de la trompe resté ouvert, ne peuvent cependant y écouler leur liquide par suite des coudures que présente cette trompe, entraînée en prolapsus par l'utérus rétroverti. La simple reposition en avant au moyen d'un pessaire, par exemple, suffit alors pour permettre l'évacuation du liquide et faire cesser les phénomènes douloureux, témoin une intéressante observation de Jacobs (1). M. le professeur agrégé Condamin, ayant

(1) Jacobs. Archives de tocologie, 1891.

remarqué le même phénomène à la suite d'hystéropexies abdominales antérieures, pratiquées sur des utérus déviés avec complication de salpingite profluente rendue kystique par la coudure de la trompe prolabée, n'a pas hésité, et avec raison, à voir dans ce fait une nouvelle indication de l'hystéropexie (1).

Notre étude ne comportant pas la discussion des indications de cette opération, nous nous contentons de ranger ici parmi les avantages de la ventro fixation, le traitement de ces sortes de salpingites, et nous n'envisageons par conséquent que les cas où l'hystéropexie faite de parti pris contre une rétrodéviatiion entraînera par la suite la guérison d'une salpingite kystique profluente.

Pour la même raison nous ne faisons que signaler le traitement par l'hystéropexie des salpingites douloureuses par suite de la pression sur les annexes d'un utérus rétrodévié, traitement proposé pour la première fois par M. Laroyenne.

Possibilité de grossesses ultérieures.

De nombreux faits de grossesses observés à la suite de l'hystéropexie abdominale sont venus établir cette possibilité et montrer en outre que l'évolution normale de la parturition et l'accomplissement du travail, ne sont pas entravés dans la presque totalité des cas. Léon,

(1) Duquaire. Th. de Lyon, 1895.

dans sa thèse récente, a pu en réunir trente-cinq observations. Nous-même, dans nos recherches, avons été assez heureux pour en trouver quelques cas, qui contribueront à confirmer les conclusions du précédent auteur. Nous avons jugé à propos de les rapporter dans notre travail, parce qu'ils peuvent être rangés au nombre des résultats éloignés de l'hystéropexie abdominale pour rétrodéviations utérines.

Il en est un qui nous paraît assez curieux par le nombre des opérations qui furent pratiquées sur la femme avant et pendant sa grossesse. Il s'agit d'une malade présentée par Edebohls à la Société d'obstétrique de New-York (1). On lui avait fait auparavant dans la même séance le curettage de l'utérus, l'amputation du col et le raccourcissement des ligaments ronds. A la suite de celui-ci on fit la laparotomie pour ventrofixation et l'ablation simultanée d'un petit kyste de l'ovaire. Plus tard on lui fixa un rein mobile, on lui fit une périnéorrhaphie et on dût lui réséquer le coccyx pour une coccygodynie; la malade se trouvait alors enceinte. Lors de la présentation, elle en était au septième mois; elle se trouvait mieux que pendant ses grossesses précédentes et l'utérus s'était normalement développé. On trouvait seulement un épaissement des tissus à l'endroit de la fixation, où l'on avait placé trois sutures de soie.

Voilà qui montre bien d'un côté la tolérance de cer-

(1) Arch. de la Ges. f. Geburt. de New-York, 21 novembre 1893. In New-York Journ. of gyn., novembre et décembre 1893 et janvier 1894.

taines femmes enceintes pour des opérations sanglantes portant sur le bassin, et de l'autre l'aptitude à être fécondées après la ventrofixation, sans compter que ce même cas est en faveur de la chirurgie conservatrice des annexes.

Parmi les conditions que Léon établit pour que l'hystéropexie abdominale antérieure soit le moins nuisible possible au développement de l'utérus gravide, il en est une très importante qui est la fixation de l'utérus non pas par son fond, mais par sa face antérieure, car c'est au dépens du fond que se fait surtout l'agrandissement du diamètre vertical (1).

Dans un cas de Wegener (2), nous voyons très clairement la valeur de ce fait, car l'utérus ayant été fixé par son fond au périoste de la symphyse et la femme étant devenue grosse, l'enfant se présenta transversalement et dut être extrait par la version céphalique et le forceps.

Il est à présumer que dans tous les cas où l'on aura fixé le fond, comme dans le procédé de Léopold, on verra se produire très facilement en cas de grossesse des présentations vicieuses et surtout transversales.

A ce propos il nous paraît utile de revenir sur certains points de la vaginofixation que nous avons à peu près complètement passés sous silence. Les résultats de Mackenrodt nous ont montré que la grossesse et l'accouchement se faisaient normalement dans un uté-

(1) Aug. Pollosson. Cours d'accouchement de la Charité cité par Léon.

(2) Wegener. (Geburt. Gesell. zu Hamburg, 10 février 1892.)

rus vaginofixé. Il faut remarquer que le procédé de Mackenrodt fixe précisément la partie supérieure de la face antérieure de la matrice, c'est-à-dire un des territoires de la surface utérine qui joue un rôle secondaire dans le développement de l'utérus gravide.

Par contre la vaginofixation double de Jacobs fixe la partie inférieure de la face antérieure de l'utérus (1). Or nous savons que si pendant le second trimestre de la grossesse l'utérus se développe surtout au dépens de sa partie postéro-supérieure, devenant bossu suivant l'expression de Auvard, pendant le troisième trimestre il devient ventru, d'après le mot imagé du même auteur, en se développant au dépens de sa partie antéro-inférieure. Dans ces conditions il est permis d'avoir des craintes sur l'évolution d'un fœtus dans un utérus ainsi fixé par la partie inférieure de sa paroi antérieure.

Pour en revenir à la ventrofixation, on devra chez une femme avant la ménopause, se conformer au principe établi par Léon pour fixer l'utérus, laissant de côté la conduite à tenir au cas où la femme manifesterait des aspirations à la stérilité, car c'est là un point de déontologie que nous nous garderions même d'effleurer.

(1) Dans ces conditions, l'utérus retombe très facilement en arrière et c'est sans doute, au dire d'Arizzabalaga (loc. cit.), pour assurer dans ces conditions l'artéflexion de l'utérus que Jacobs fixe le col à la paroi vaginale postérieure.

§ 3. *Particularité que présente l'hystéropexie abdominale antérieure dans les rétrodéviations utérines.*

Nous voulons, avant de terminer, attirer l'attention sur la nécessité d'un traitement préparatoire et d'une fixation parfaite dans certains cas de rétrodéviations adhérentes.

1° **Nécessité d'un traitement préparatoire.**

Impossibilité parfois à ramener l'utérus en contact avec la paroi abdominale.

Le seul facteur à envisager dans ces cas est la nature des diverses adhérences qui peuvent maintenir l'utérus en arrière et qui, pour le dire tout de suite, appartiennent soit à de la douglassite, soit à de la péri-salpingite, ces deux variétés pouvant d'ailleurs coexister chez le même sujet.

Douglassite. — Le terme de douglassite, communément employé à la Clinique gynécologique de Lyon, correspond à la paramétrite postérieure chronique. Il trouve sa justification non-seulement dans la fréquence de la localisation au cul-de-sac de Douglas de l'inflammation du péritoine pelvien, mais aussi dans la persistance à ce niveau des lésions péritonéales post-inflammatoires, même après que les organes qui ont pu être primitivement le point de départ de l'inflammation (utérus, annexes....) ont été guéris.

D'une façon générale ces lésions péritonéales post-inflammatoires donnent naissance, dans la grande majorité des cas, à des adhérences, soit par le simple

accolement de deux surfaces péritonéales opposées, soit par l'organisation d'un ancien exsudat épanché dans le cul-de-sac de Douglas et donnant lieu à des fausses membranes, soit enfin par la rétraction fibreuse cicatricielle du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Le simple accolement de deux feuillets péritonéaux est un fait commun. Il est dû, à la desquamation de l'endothélium enflammé, qui équivaut alors à une surface d'avivement.

Les adhérences produites par des exsudats dans le cul-de-sac de Douglas sont dites périmétritiques, c'est-à-dire qu'elles sont dues à une inflammation du péritoine pelvien, à une pelvi-péritonite. Ces adhérences péritonéales sont, au dire de Pozzi, le plus souvent lâches et filamenteuses, se laissant facilement déchirer. « Mais, d'autres fois, ajoute le même auteur, elles présentent une très grande résistance, qu'elles soient funiculaires ou lamellaires » (1).

Ce sont celles que désignait Poirier en parlant de ces « adhérences plus ou moins larges, celluleuses, transparentes, unissant l'utérus aux parois de l'excavation pelvienne ou aux viscères pelviens » et qui, dans la plupart des cas, sont, d'après lui, le résultat d'une inflammation du péritoine assez légère pour ne se traduire que « par la congestion et le bourgeonnement, la végétation des lymphatiques » (2). Il a montré par des injections mercurielles quelle était la richesse

(1) Pozzi. *Traité de gyn.*, p. 470.

(2) Poirier. *Progrès médical*, 25 janvier 1890.

parfois considérable des réseaux lymphatiques qui parcourent ces sortes d'adhérences péri-utérines. Par contre, celles-ci la plupart du temps « ne présentent point de vaisseaux sanguins visibles à l'œil nu, et au microscope on en trouve qu'un petit nombre. Quelques-unes même lui ont paru complètement dépourvues de vaisseaux sanguins. »

En raison de leur laxité habituelle elles ne gênent pas énormément la réduction de l'utérus rétroverti, et cette réduction accomplie et maintenue il n'en résulte aucune douleur. Aussi, M. Laroyenne a-t-il pu dans certains cas d'adhérences rétro-utérines lâches et lamellaires, pratiquer l'hystéropexie sans libération préalable et, les suites opératoires n'ont révélé à la suite aucun symptôme anormal.

Les adhérences constituées par la rétraction du tissu cellulaire sous-péritonéal sont dites paramétritiques.

Ce sont elles que désigne plus spécialement le terme de douglassite.

Elles sont particulièrement intéressantes à cause de leur siège au niveau des ligaments utéro-sacrés.

Il faut remarquer à ce propos que ces ligaments constitués par des fibres élastiques et conjonctives et surtout par des fibres musculaires lisses, présentent assez souvent une disposition un peu plus compliquée que celle qui se trouve décrite dans la plupart des livres classiques.

En effet, on croirait d'après ces derniers que ces ligaments s'insèrent invariablement d'un côté sur la face postérieure du col un peu au-dessous de l'isthme, et de

l'autre après s'être dirigés en arrière et en haut et avoir contourné les parties latérales du rectum, sur la troisième, la deuxième ou la première vertèbre sacrée, immédiatement en dedans de l'articulation sacro-iliaque. « Mais, ajoute M. le professeur Testut, on les voit parfois s'élever jusqu'au promontoire et même plus haut encore, jusqu'à la cinquième lombaire, d'où le nom de ligament utéro-lombaire que leur avait donné Hugnier. D'autres fois (et ce fait m'a paru assez fréquent mais non constant) il existe au dessus et en dehors du repli utéro-sacré un deuxième repli sur lequel Vallin a apporté l'attention et qui partant de la face postérieure de l'utérus à huit ou dix millimètres au-dessus du repli utéro-sacré, se porte en haut et au dehors pour venir s'insérer sur le côté de la cinquième vertèbre lombaire. Ce repli utéro-lombaire est vraisemblablement celui décrit par Hugnier, et si nous le signalons à nouveau, c'est pour indiquer qu'il peut exister, sur le même sujet, avec le repli utéro-sacré. Il possède du reste la même structure que ce dernier (1) ».

Comme on le voit, par suite de leurs insertions les ligaments utéro-lombaires agissent sur la totalité de l'utérus pour l'attirer en haut et en arrière en déplaçant cet organe parallèlement à lui-même.

C'est la rétraction de ces ligaments sous l'influence de la paramétrite qui produit la rétroposition de l'utérus, rétroposition qui peut se combiner avec une anté-

(1) Testut. Traité d'anatomie descriptive.

flexion ou une rétroflexion quand la paramétrite a été procédée, suivie ou accompagnée d'une métrite parenchymateuse.

On comprend que dans ces conditions il soit difficile de ramener l'utérus en avant.

Parmi les observations d'hystéropexies pratiquées par M. Roux, de Lausanne, et publiées actuellement dans la Revue médicale de la Suisse romande, il en est une où l'on a noté des difficultés assez grandes dans la réduction pour nécessiter la suture d'une partie du fond de l'utérus, celui-ci n'ayant pu être ramené suffisamment en avant pour permettre la suture exclusive de la paroi utérine antérieure. Et pourtant le corps de l'utérus avait été libéré de toutes ses adhérences (1).

M. Condamin a remarqué ce fait depuis longtemps et il insiste beaucoup sur ce rôle de la paramétrite postérieure et des ligaments utéro-sacrés. Il a rencontré en plusieurs occasions cet obstacle à la réduction en avant. Une fois même cet obstacle fut si grand que malgré l'emploi de l'hystéromètre il resta invincible et le ventre de la malade dut être refermé sans qu'on put pratiquer l'hystéropexie. Nous avons parmi nos observations un cas assez remarquable de cette paramétrite avec rétroversion sans aucune lésion de salpingo-ovarite (obs. I).

(1) Revue médicale de la Suisse romande, 20 janvier 1895. Remarques sur quelques cas d'hystéropexies, d'après les observations recueillies à la clinique chirurgicale de Lausanne, par C. Peltowicz, obs. IV.

Le rôle physiologique des ligaments utéro-sacrés dans l'antéversion normale, rend difficile l'explication de l'existence d'une rétroversion dans le cas de paramétrite postérieure.

A la rigueur, on peut supposer qu'après un accouchement, par exemple, et par suite d'un séjour prolongé au lit, l'utérus soit tombé en rétroversion assez accusée pour que le corps basculant tout à fait dans le Douglas au dessous des ligaments utéro-sacrés, la rétraction de ceux-ci, si elle survient aura pour effet dans cet état de choses, d'accentuer encore la rétroversion.

Un autre mécanisme serait également admissible. C'est celui qui consisterait dans la rétraction des ligaments utéro-lombaires et dans le relâchement concomitant des ligaments utéro-sacrés.

Ces explications n'ont que peu de valeur, n'ayant pas reçu le contrôle anatomique.

Quoi qu'il en soit, le fait existe et il a amené M. Condamin à recommander expressément dans certains cas de rétraction des plis de Douglas l'emploi de la columisation et du massage pour assouplir ces tissus rétro utérins, et permettre une réduction facile de l'utérus au cours de l'hystéropexie.

Nous n'avons pas à revenir sur l'action de ces deux méthodes combinées que nous avons étudiées déjà dans un chapitre précédent.

Adhérences salpingiennes. — A côté de ces adhérences par douglassite sans lésions annexielles et qui ont dû dès lors, suivant toute vraisemblance, avoir

l'utérus comme point de départ, il en est d'autres qui ont pour origine une inflammation des annexes. Une salpingo-ovarite dont l'inflammation s'est propagée au tissu conjonctif voisin et au péritoine avec ou sans suppuration, pourra produire des adhérences entre la trompe et l'ovaire d'une part et les organes pelviens d'autre part, le reste de l'appareil génital restant libre. Le plus souvent trompes et ovaires enflammés, entraînés par leur propre poids, et n'étant plus soutenus par suite du ramollissement qu'a créé autour d'eux la pelvi-péritonite, tombent au fond du cul-de-sac de Douglas. Dès lors, ces organes, et surtout la trompe, contractent le plus souvent des adhérences étendues et intimes entre l'utérus placé en avant et le rectum en arrière. Dans quelques cas plus rares, la trompe peut adhérer au pourtour du détroit supérieur.

Les adhérences ainsi constituées ont un caractère particulier qui les distingue de ces autres adhérences rétro-utérines, membraneuses lâches, dépourvues de vaisseaux sanguins dont nous avons parlé plus haut.

En effet, d'après Delbet (1), elles sont toujours extrêmement serrées et souvent très vasculaires.

Si elles existent seules, ce qui est loin d'être la règle, la réduction de l'utérus pourra s'effectuer, mais ne se maintiendra pas, la cause de la rétrodéviation persistant toujours. De plus si on maintient cette réduction par un pessaire ou par une opération quelconque, il

(1) Delbet. Traité des suppurations pelviennes. Paris, 1891.

en résultera des douleurs souvent fort vives par suite du tiraillement des adhérences sur les annexes. D'où il résulte que si l'on peut fixer un utérus rétroverti sans le libérer de certaines adhérences rétro-utérines unissant directement son fond aux parois pelviennes, il n'en est plus de même quand il s'agit d'adhérences annexielles qui doivent toujours être rompues.

Or, nous savons que ces adhérences sont très serrées et vasculaires. Delbet dit même que c'est d'ordinaire une union intime, presque une fusion de la paroi salpingienne avec les organes voisins. Ce seul fait suffit pour indiquer dans ces cas la laparotomie qui est la seule opération pouvant permettre une libération soignée et une hémostase facile.

Mais ici encore, la columnisation et le massage préalables seront des auxiliaires puissants de l'intervention chirurgicale.

**2° Nécessité d'une fixation parfaite
capable de résister à la rétraction des brides du Douglas.**

Cette nécessité découle de ce que nous venons de dire à propos de la douglassite.

La véritable cause du relâchement des adhérences, comme le fait remarquer Léon, est la traction continue exercée sur les liens fixateurs soit par l'utérus lui-même, soit par des différentes forces qui s'exercent sur lui.

Dans la ventrofixation pour prolapsus (1), l'utérus

(1) Voir Thèse de Joyeux. Lyon 1895. Du traitement des prolapsus génitaux par l'hystéropexie abdominale antérieure.

étant pour ainsi dire maintenu en l'air, suivant l'expression de M. Terrier, cet organe a une tendance à être refoulé directement vers le bas sous l'effort de son propre poids et de la pression abdominale, et la fixation artificielle doit être suffisamment forte pour suppléer au relâchement des ligaments utéro-sacrés qui existe fatalement dans tout prolapsus.

A propos de l'hystéropexie abdominale pour rétrodévi-
ation, on a dit que la fixation n'ayant alors pour but que de maintenir l'utérus en antéversion, n'avait pas besoin d'être aussi solide que dans le cas de prolapsus.

Ceci est vrai lorsque les plis de Douglas ont conservé leur structure normale et par suite leur action physiologique. Mais ils peuvent être altérés, et cette altération se manifestera soit par du relâchement, soit par de la rétraction, suivant le stade du processus inflammatoire. Dans le premier cas il y aura rétroversion compliquée de prolapsus. Dans le second, l'utérus sera tiré plus ou moins énergiquement en bas et en arrière et c'est alors surtout que les adhérences utéro-pariétales devront être particulièrement solides.

On a constaté plusieurs fois à la suite de l'hystéropexie abdominale antérieure la formation d'un pédicule reliant l'utérus à la paroi de l'abdomen. Ce pédicule fibro-musculaire a été observé maintes fois par Jacobs de Bruxelles, surtout à la suite de grossesse et aussi chez les femmes d'un certain âge. Ces pédicules auraient le grand inconvénient d'exposer la femme à des adhérences intestinales.

L'existence de ce pédicule n'a jamais été observée

chez les femmes opérées par la méthode de M. Laroyenne, et qui ont pu être suivies.

Néanmoins, on ne peut nier la possibilité de sa production, et Sinclair pour se prémunir contre le relâchement des adhérences signalées dans les publications, et éviter plus sûrement le retour en arrière de l'utérus, a imaginé de multiplier les points d'union entre les deux feuillets séreux mis en présence l'un de l'autre par l'hystéropexie. Pour cela, il oblitère sur les côtés le cul-de-sac vésico-utérin en plaçant deux rangées de sutures dans le péritoine pariétal et le péritoine de l'utérus près du point d'origine des ligaments larges. C'est seulement la couche la plus mince et la plus superficielle qu'il comprend entre chaque suture, son but étant de fermer le pli et non de produire des adhérences considérables.

Pour compléter l'oblitération vers le haut, plus près de l'origine des ligaments ronds, on passe un fil de soie grège dans le péritoine pariétal préalablement décollé. L'aiguille pénètre ensuite à travers une certaine étendue du tissu utérin et ressort à travers le péritoine pariétal, du côté opposé, de la même façon qu'elle y est entrée. L'utérus et le péritoine pariétal sont ainsi liés ensemble, et le nœud du fil de soie grège est en dehors du péritoine. Les sutures utérines finales sont toutes en soie fine, elles traversent la totalité de la paroi abdominale et comprennent une partie suffisante du tissu de la face antérieure de l'utérus *mais n'intéressent pas le fond*.

Cette façon d'opérer est certainement une garantie contre le relâchement des adhérences, et si l'existence

des pédicules signalés par Jacobs, Fraipont, etc., venait à être constatée chez les malades opérées par la méthode de M. Laroyenne, l'idée pratique de Sinclair pourrait sans doute être mise à profit, mais seulement au point de vue du nombre des sutures.

Les fils hystéro-fixateurs seront donc le plus nombreux possible, surtout dans le cas qui nous occupe. De plus, ils devront être laissés longtemps en place. Aussi les sutures perdues sont-elles préférées depuis longtemps par les opérateurs. Mais il ne suffit pas que la suture soit perdue, il faut encore que le fil ne se résorbe pas trop rapidement.

Le catgut fut employé par beaucoup à cause de la facilité de sa résorption. Mais on ne tarda pas à trouver que c'était là précisément un défaut plutôt qu'un avantage.

Polaillon, dans l'autopsie d'une femme hystéropexiée six jours auparavant, constata que les fils de catgut employés avaient déjà complètement disparu.

Spæth, qui dans ses vingt-cinq cas d'hystéropexies dont nous reproduisons plus loin la deuxième série, avait employé toutes sortes de fils (soie, catgut, catgut chromé, argent...), remarqua que dans les quatre cas de récidives que comporte sa statistique, le catgut seul avait été utilisé, et il en conclut « qu'une matière employée pour la suture et pouvant résorber ne suffit pas toujours pour fixer d'une manière durable la matrice à la paroi abdominale antérieure *lorsque cette matrice est exposée à une forte traction postérieure* ou qu'elle est hyperthrophiée par une métrite chronique, et qu'il faut donner la préférence à une matière qui ne se ré-

sorbe pas, que ce soit de la soie, de la soie grège ou des fils d'argent ».

Napier et Schacht qui, eux aussi, se sont servi de substances différentes pour leurs sutures, ont employé surtout la soie grège. Ils ne semblent pas, cependant, avoir envisagé la question de la sécurité de la fixation, mais seulement celle de l'asepsie qui leur a paru plus facile qu'avec la soie grège ou le catgut.

Le grand nombre de sutures qu'emploie Sinclair lui permet d'employer parfois sur le même sujet la soie grège, la soie fine, le catgut, voire même l'argent ; mais comme les auteurs précédents c'est la question d'antisepsie qui semble le préoccuper le plus dans le choix de ces matières.

M. Roux, de Lausanne, emploie tantôt la soie, tantôt le catgut.

M. Terrier emploie de la grosse soie.

M. Pozzi se sert de la soie fine.

Il est assez difficile à la suite de cet exposé de savoir à quoi s'en tenir sur le choix de la meilleure substance à employer pour les sutures. Nous n'avons pour nous guider que le fait de Polaillon et ceux de Spæth qui pourraient faire préférer non pas la soie, ou l'argent plutôt que le catgut, mais une matière non résorbable plutôt qu'une qui se résorbe.

M. Laroyenne au début employait presque exclusivement le catgut. Mais aujourd'hui il se sert de préférence du crin de Florence. Cette substance, si elle peut se résorber complètement, ce qui est probable, peut en tout cas rester longtemps intacte au milieu des tissus, témoin le cas de M. Condamin, qui ayant pra-

tiqué sur une femme, une néphrorraphie au moyen de crins de Florence, apprit que huit mois après, au cours d'une seconde opération pratiquée sur la même malade par M. Vallas, ces fils avaient été trouvés presque intacts.

Des fils hystérofixateurs nombreux perdus et se résorbant difficilement nous semblent donc devoir assurer la fixation surtout dans les cas de paramétrite postérieure.

Pour résumer tout ce que nous venons de dire sur les avantages et les particularités de l'hystéropexie abdominale, nous dirons que cette opération n'est pas à rejeter de parti pris parce qu'elle a donné à quelques auteurs des résultats peu satisfaisants. Ces insuccès doivent être mis non sur le compte de la méthode mais sur celui du procédé employé, et nous revenons ainsi à cette idée de M. Condamin, que nous rappelions au début de notre travail, à savoir que la question de l'hystéropexie n'est plus une question de méthode, mais seulement de procédé, et ce sont les procédés par fixation directe médiane par des fils transversaux qui méritent la plus grande faveur des chirurgiens.

Parmi ces derniers celui de M. Laroyenne nous semble devoir occuper une place à part pour sa simplicité, son innocuité et la solidité de sa fixation antérieure.

OBSERVATIONS.

Parmi les observations suivantes celles de Sinclair, de Spæth, de Napier et Schacht constituent des séries complètes pouvant servir à l'édification d'une statistique.

Celles de MM. Laroyenne, Condamin et Goullioud, ne représentent pas la totalité des hystéropexies pratiquées par ces opérateurs contre des rétrodéviations. Nous aurions voulu faire pour toutes les anciennes opérées ce que nous avons fait pour quelques unes seulement, c'est-à-dire les observer à nouveau, mais les circonstances ne s'y sont pas prêtées et nous avons dû nous contenter de présenter les observations qui nous ont paru les plus concluantes en nous basant, pour les juger telles, uniquement sur la longueur du temps pendant lequel elles ont été poursuivies.

OBSERVATION I ¹. (Goullioud.)

Rétroversion. — Epaissement du ligament utéro-sacré gauche sans salpingo-ovarite. — Hystéropexie.

Louise D..., 30 ans, domestique, entrée salle Ste-Thérèse, le 19 mai 1891.

La malade se plaint de souffrir depuis 6 ans d'une vive douleur dans la région iliaque droite et dans la cuisse correspondante.

Au toucher on trouve une rétroversion très accusée. De plus, lorsqu'on redresse l'utérus par l'hystéromètre on fait saillir le ligament gauche de Douglas.

La malade a déjà porté plusieurs pessaires mais on a toujours été obligé de les enlever à cause des douleurs qu'ils occasionnaient. A son entrée dans le service, après réduction de la rétroversion, on lui place un anneau de Hodge qui n'est pas mieux toléré.

OPÉRATION. Le 26 mai 1891, M. le Dr Goullioud se décide à intervenir chirurgicalement.

Après l'incision du péritoine on trouve les annexes droites et gauches parfaitement saines mais le ligament utéro-sacré gauche est épaissi et induré.

On fait l'hystéropexie par le procédé de M. Laroyenne.

On complète l'occlusion de la partie supérieure de la plaie par deux surjets au catgut l'un sur le péritoine et l'autre sur l'aponévrose.

Pendant les quinze jours qui ont suivi l'opération la tem-

¹ In Thèse de Bouffandeau. Les malades des quatre premières observations ont été recherchés par nous, et leur histoire a pu être ainsi complétée soit par leur interrogatoire, soit par leur examen, soit enfin par les nouvelles qui nous ont été données.

pérature rectale s'est maintenue autour de 38°5, puis est redevenue normale. Il n'y a eu aucune complication.

10 juillet. — La malade sort allant bien.

26 août. — La malade va bien malgré un peu d'œdème des jambes. Son utérus est parfaitement fixé contre la paroi abdominale; il est gros et remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La malade n'a pas eu ses règles depuis le 6 mai dernier, on ne sait pourquoi.

2 octobre 1891. — L'utérus est bien plaqué contre la paroi abdominale; il est gros, allongé, arrive à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La cicatrice est bien solide. La malade a repris son travail, elle est très contente; elle peut marcher quatre heures sans fatigue; elle se plaint cependant de quelques troubles dyspeptiques.

27 octobre. — L'utérus est toujours en bonne position à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Depuis six mois les règles n'ont pas paru. Un peu d'œdème des jambes.

17 mars 1892. — La malade va bien. Rien de sensible dans le cul-de-sac de Douglas. Légère rectocèle. On place une gimblette.

Février 1895. — La malade est rentrée à la Charité. Elle présentait une petite hernie crurale nécessitant un bandage, ainsi qu'une légère cystocèle et de la rectocèle.

A cette occasion nous avons pu nous rendre compte par nous-même que l'utérus est en antéversion, solidement et directement adhérent à la paroi de l'abdomen. La cavité utérine mesure 7 centimètres. La cicatrice légèrement déprimée est très ferme.

La malade nous raconte que pendant un an, à la suite de son opération, elle n'a plus vu ses règles. L'interrogatoire n'ayant pu nous révéler l'explication de ce fait, nous en sommes réduits à penser qu'il s'agit là d'une aménorrhée essentielle. En tout cas, si par suite de la coïncidence on peut incriminer l'opération en tant qu'intervention sanglante (ce qui n'explique pas grand chose), on ne peut pas accuser

la fixation artificielle de l'utérus, puisque les règles sont revenues malgré la persistance de cette fixation.

Pendant sa période d'aménorrhée il ne s'est produit aucune espèce d'hémorragie compensatrice. La malade accusait seulement des bourdonnements d'oreilles qui ont disparu.

Jamais de troubles de la miction, ni de douleurs au niveau de la cicatrice, ni de phénomènes d'étranglement d'aucune sorte. La malade insiste beaucoup parmi les bénéfices qu'elle a retirés de son opération, sur la disparition des douleurs lombaires et le retour de la faculté de travail (elle est domestique).

11 février 1895. Colpopérinéorrhaphie.

25 février 1895. La malade va très bien. Pas de fièvre.

OBSERVATION II ¹. (Goullioud.)

Salpingo-ovarite gauche. — Rétroversion adhérente.
— Ablation des annexes gauches. — Hystéropexie. —
Grossesse ultérieure.

M... Stéphanie, 27 ans, entrée le 10 mars 1891 dans le service de M. le Dr Laroyenne.

A eu la rougeole et la coqueluche dans son enfance ; a toujours été faible de santé ; était très sujette aux angines. A eu, il y a quatre ans, une forte bronchite et depuis cette époque s'enrhume facilement ; a eu, il y a un mois, des hémoptysies en même temps qu'un point douloureux sous l'omoplate gauche.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement pendant la première année et avec de vives douleurs, puis régulièrement, mais toujours avec douleurs.

¹ In Thèse de Bouffandeau.

Ses pertes menstruelles ont toujours été très abondantes ; leur durée était autrefois de 4 ou 5 jours, mais depuis ces dernières années elles persistent plus d'une semaine ; a eu plusieurs fois des crises de nerfs à ces époques.

Il y a 8 ans, la malade aurait subi, ici dans le service, une opération avec anesthésie dans le cours de laquelle on lui aurait placé un pessaire.

Il y a un an et demi elle a eu une fausse couche de trois mois. A la suite elle a eu des hémorragies abondantes pendant 3 ou 4 mois mais pas de phénomènes fébriles. Depuis cette époque la malade a toujours souffert beaucoup, principalement au moment de ses règles, soit dans la région lombaire, soit surtout dans le côté gauche de l'hypogastre. Un pessaire placé par un médecin de la ville n'a pu être toléré.

Au moment de son entrée dans le service tout travail lui est devenu impossible ; la marche est très difficile, elle a beaucoup de peine à accomplir un trajet d'une demi-heure.

A l'examen, on trouve l'utérus en rétroversion fixé par des adhérences au niveau des annexes gauches. Ces annexes ne sont pas volumineuses mais on sent très nettement la trompe qui est adhérente.

25 mars. — OPÉRATION par M. le Dr Goullioud. Incision médiane de 10 centimètres.

Quelques adhérences filamenteuses et une en lame fixent l'ovaire et la trompe gauche en arrière. Elles se laissent détacher aisément. L'ovaire étant amené à la plaie, on voit nettement quelques brides adhérentes qui unissent sa surface au pavillon ; celui-ci est perméable après la rupture des adhérences. Sous ces adhérences, entre l'ovaire et la trompe, on trouve un petit kyste séreux.

On extirpe l'ovaire et la trompe en formant un seul pédicule dont on cautérise la surface de section au thermocautère.

Aucune hémorragie ne se produit au niveau des adhérences rompues.

Les annexes droites sont saines ; elles sont laissées en place.

L'utérus est alors amené facilement contre la paroi abdominale antérieure.

Il est transfixé par le procédé de M. Laroyenne avec deux grandes aiguilles. On racle au bistouri la face antérieure de l'utérus sur une étendue de 3 centimètres carrés. On fixe alors l'utérus à la paroi abdominale par deux fils de catgut qui comprennent toute l'épaisseur des lèvres de la plaie.

Suture soignée au catgut de la couche aponévrotique entre ces deux fils.

21 avril. — Les suites de l'opération ont été simples. La température rectale a oscillé entre 38° et 38°4 pendant les cinq jours qui ont suivi l'intervention ; depuis elle est restée normale. Pendant quelques jours la malade n'a pu uriner spontanément, mais ce trouble fonctionnel n'a pas persisté.

Actuellement elle ne se plaint d'aucun malaise : l'utérus est parfaitement fixé contre la paroi abdominale, le col est très haut. On juge inutile de lui mettre un pessaire. Elle quitte le service.

1^{er} juin. — La malade est revue. Elle va très bien.

19 janvier 1892. — La malade est revue à la consultation gratuite. Elle se plaint d'un peu de faiblesse générale, mais elle est toujours très satisfaite du résultat de son opération ; elle n'a plus les douleurs dont elle souffrait jadis ; elle doit cependant se ménager un peu. Ses règles durent en général six jours ; elle souffre alors un peu à gauche et est même quelquefois obligée d'interrompre son travail.

Ayant repris les rapports sexuels, a dû les suspendre parce qu'ils occasionnaient des douleurs pendant et après, avec nausées.

15 mars 1892. — La malade vient à la consultation parce qu'elle se croit enceinte. Elle n'a, en effet, pas eu ses règles depuis le 4 février. Elle va bien, à part quelques malaises nerveux.

L'utérus est un peu à droite, plaqué contre l'abdomen. Le cul-de-sac gauche est d'une souplesse extrême, plus souple même que normalement.

24 avril 1892. — La malade, non mariée, a eu, à la suite d'un effort, une fausse couche de deux mois et demi à la fin de mars. Soins antiseptiques donnés pour préserver de l'infection les annexes droites conservées. Actuellement elle va aussi bien que possible; elle travaille toute la journée, fait aisément des marches de deux à trois heures; ses règles qui, autrefois, étaient trop abondantes et duraient huit jours, ne durent plus que trois jours; mais elle est pourtant toujours obligée de garder le repos le premier jour. Son utérus est en bonne position. Les culs-de-sac vaginaux sont parfaitement souples des deux côtés.

Présentée à la Société des sciences médicales, le 9 novembre 1892, allant toujours très bien.

29 février 1895. — La malade est revue par nous à la Charité. Elle va bien, ne se plaint que de constipation survenue depuis quelque temps. Elle n'éprouve aucune douleur, peut faire de longues courses de deux ou trois heures, danser, sauter, etc.

Les règles sont régulières et durent six jours.

Pas de dyspareunie.

Examinée par M. Condamin.

Pas de trace d'éventration.

L'utérus est en bonne position, bien plaqué contre la paroi, légèrement déjeté à droite. Lorsque la malade tousse ou fait un effort, on ne sent presque aucune impulsion.

Les culs-de-sac latéraux sont libres. L'ovaire droit, qu'on sent assez facilement, n'est pas douloureux.

Le corps utérin paraît légèrement augmenté de volume. La cavité utérine mesure 7 cent. $\frac{3}{4}$.

OBSERVATION III ¹. (Laroyenne.)

Prolapsus et rétroversion. — Hystéropexie.

Marie B..., 33 ans, entrée salle Sainte-Marie, le 4 février 1892.

Menstruée à 17 ans, toujours régulièrement, mariée à 24 ans. A eu trois enfants à 25, 27 et 31 ans, jamais de fausse couche.

Il y a 8 ans, elle a consulté M. Laroyenne pour des douleurs lombaires; il lui fit porter alors un pessaire de rétroversion.

Actuellement elle présente de la rétroversion avec prolapsus; la vessie se prolonge jusque vers l'extrémité du col. M. Laroyenne réduit la rétroversion et fait constater avec le gros hystéromètre que l'on peut remonter l'utérus très haut et que le col peut arriver ainsi à être à plusieurs centimètres au-dessus de la vulve. Sans cela, en même temps que l'hystéropexie il ferait l'amputation du col. — La cavité utérine mesure 10 centimètres.

5 février. — M. le professeur Laroyenne pratique l'hystéropexie avec trois fils de catgut par son procédé habituel.

Les suites de l'opération ont été très simples. La température n'a jamais dépassé 38°.

La malade sort guérie au bout de trois semaines.

13 février 1895. — Nous avons revu la malade chez elle; c'est une femme grasse, forte, à mine florissante. Elle nous dit qu'avant son opération elle était obligée de se ménager beaucoup à cause des douleurs qu'elle éprouvait dans les reins. Depuis, elle se livre sans fatigue aux travaux pénibles que nécessite parfois sa profession (elle tient une pension bourgeoise et a l'occasion de temps en temps de soulever de lourds fardeaux).

¹ In Thèse de Bouffandeau.

Un pessaire qu'on lui avait placé après l'opération est tombé au bout de trois mois. M. Goullioud l'ayant jugé inutile, il ne fut pas remplacé et la malade ne s'en est pas portée plus mal.

Elle garde encore une ceinture abdominale « par habitude », nous dit-elle.

Les règles se sont maintenues régulières, jamais douloureuses.

Pas de troubles de la miction ni de symptômes douloureux pouvant faire croire à des adhérences intestinales.

En somme, elle est enchantée du résultat de son opération.

OBSERVATION IV ¹. (Goullioud.)

Rétroversion. — Prolapsus. — Cystocèle, rectocèle. — Hystéropexie.

Jeanne M..., 37 ans, entrée salle Sainte-Marie, le 18 août 1890.

Bonne santé habituelle. Menstruée régulièrement, abondamment. Trois accouchements à terme, le premier remontant à 12 ans. Une fausse couche de quatre mois il y a 8 ans. Depuis son premier accouchement elle se plaint d'une douleur dans la région iliaque gauche avec exacerbation au moment des règles. Depuis sa fausse couche elle souffre encore davantage et même depuis 2 ou 3 ans elle a dû cesser tout travail régulier.

Actuellement les douleurs dans la région iliaque gauche sont continuelles ; elle a de plus une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Constipation habituelle. Pas de gêne dans la miction. Au toucher on trouve l'utérus en rétroversion, très

¹ In Thèse de Bouffandeau.

abaissé, proéminent à la vulve dans la station debout. Il y a également cystocèle et rectocèle, et le périnée est peu résistant.

Tous les pessaires qui ont été essayés n'ont pu être tolérés.

OPÉRATION par M. le docteur Goullioud, le 19 août.

Incision péritonéale de 7 centimètres environ, commençant à 1 centimètre au-dessous du pubis. De chaque côté on glisse une éponge pour écarter les anses intestinales.

On place trois grandes aiguilles que l'on retire successivement en ayant soin de lier le premier fil avant de retirer la deuxième aiguille et ainsi de suite. Ces trois fils de catgut chromique comprennent ainsi la couche musculo-aponévrotique, le péritoine et la paroi antérieure de l'utérus. On ferme le reste de la plaie par quelques points séparés au catgut sur la couche musculo-aponévrotique ; soit entre les points de suture fixant l'utérus soit au-dessus et au-dessous pour éviter tout danger de pointes de hernie.

Pour la peau on fait trois points de suture profonds et superficiels. On place ensuite dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

28 août. — On enlève les tampons vaginaux et on place une boucle de Hodge.

La température rectale a oscillé entre 37°5 et 38°5 pendant les deux premiers jours, puis est devenue normale.

12 septembre. — La malade sort. Son utérus est parfaitement fixé contre la paroi abdominale. Il paraît très allongé. On lui donnerait au moins une longueur de 10 centimètres.

La boucle de Hodge tient bien. Ni cystocèle, ni rectocèle.

25 novembre 1890. — La malade va très bien. Son utérus est en bonne position. Le col est à 7 centimètres au-dessus de la vulve. Il n'y a pas d'éventration. Quelques douleurs au moment des règles. Celles-ci sont moins abondantes qu'autrefois. Pendant les efforts il y a tendance à cystocèle et rectocèle. On remplace l'anneau de Hodge par une gimblette.

13 février 1895. — Nous nous sommes rendu au domicile de la malade. Elle était absente. Une dame qui vit avec elle depuis très longtemps nous a répondu qu'elle allait très bien

depuis son opération et qu'elle devait se marier le lendemain matin. Vu les circonstances, nous n'avons pu insister davantage dans notre enquête et nous enregistrons le fait sans commentaires.

Notons seulement que c'est sur l'autorisation d'un médecin consulté l'année passée à ce sujet que la malade s'est décidée à se remarier.

OBSERVATION V ¹.

V. P..., mariée à 20 ans.

Deux enfants, une fausse couche d'un mois et demi, il y a huit mois, à la suite de laquelle elle eut une pelvi-péritonite. Entrée dans le service en décembre 1892. Traitée par le repos et les topiques. Amélioration.

En juin 1893, se plaignait de vives douleurs lombaires, la marche rendue très pénible.

Examen. — Rétroflexion. Un peu d'empatement dans le cul-de-sac latéral gauche..

Hystéropexie le 9 juin. Laparotomie. Déchirures d'adhérences entourant l'ovaire et la trompe à gauche. L'utérus amené au niveau de la plaie, est fixé à la paroi par deux fils de catgut; suites simples.

23 juin. — Guérison. Malade ne souffre pas pendant la marche. Culs-de-sac latéraux souples, annexes soulevées, non douloureuses à la pression.

16 novembre. — Les résultats se maintiennent.

14 février 1894. — Revient dans le service. Dernières règles depuis le 15 janvier.

Le 12 février au soir, a été prise subitement de maux de

¹ In Thèse de Léon.

reins et de coliques dans le bas-ventre, bientôt suivies d'hémorragies très abondantes qui n'ont pas cessé depuis.

A l'examen, on sent, sous anesthésie, dans l'orifice cervical externe des débris placentaires qui saignent et sont enlevés à la curette par M. Condamin.

23 février. — Sort guérie. Utérus parfaitement fixé à la paroi.

26 avril 1894. — L'utérus parfaitement maintenu contre la paroi abdominale, ne descend pas pendant les efforts de toux. Pas de cystocèle.

Encore légères souffrances du côté des annexes. Pas de gêne pour la marche. Elle peut porter des fardeaux. Souffre un peu des reins.

OBSERVATION VI. (Laroyenne et Condamin.)

Inédite.

Annexite double. — Rétroversion. — Ablation d'un pyosalpinx droit par voie abdominale. — Fixation du pédicule à la plaie. — Hystéropexie consécutive dans la même séance.

Marie R..., 34 ans, entrée le 22 janvier 1894 à la salle Sainte-Thérèse.

Au mois de mars dernier, la malade étant entrée dans le service, on lui fit une ponction à gauche; un mois après, nouvelle ponction à droite. La malade a été complètement guérie pendant neuf mois. Il y a huit jours, nouvelles douleurs abdominales irradiées aux reins, plus vives à droite. La marche est très pénible.

Au toucher, les annexes des deux côtés sont grosses et douloureuses.

On met la malade au repos, qui amène une amélioration

locale très marquée, bien que la malade souffre toujours autant, dit-elle.

Columnisation.

17 février. — Examen local : Rétroversion. On sent également, dans le cul-de-sac droit, une tumeur arrondie de la grosseur d'une petite mandarine, très dure, séparée de l'utérus et mobile.

19 février. — On se décide à faire l'hystéropexie.

Opération par MM. Laroyenne et Condamin.

Après avoir introduit dans l'utérus le gros hystéromètre de M. Laroyenne, l'aide essaye de réduire l'utérus et de le mettre en contact avec la paroi abdominale; laparatomie médiane de 8 à 10 centimètres. Incision du péritoine. On va alors à la recherche des annexes du côté droit qu'on libère des adhérences intestinales. On trouve une tumeur kystique de la grosseur d'un œuf, attenant à la trompe droite.

Confection du pédicule qui est lié en deux portions par un fil de soie double passé en son milieu.

Ensuite, ponction du kyste avec un petit trocart. Il s'écoule du pus verdâtre qui se répand un peu sur le bord de la plaie, malgré les éponges qui avaient été placées tout autour par précaution. Une fois la poche vidée, section au-dessus de la ligature, puis cautérisation du pédicule à l'acide phénique fort et toilette soigneuse de la région avec des éponges. Par précaution, on fixe le pédicule à la peau, vers la partie inférieure droite de la plaie, avec le fil de soie qui avait déjà servi à confectionner le pédicule.

Ceci fait, l'aide qui tient l'hystéromètre ramène fortement l'utérus au contact de la plaie, puis M. Laroyenne place successivement ses trois aiguilles-broches en commençant par la broche médiane. Ensuite suture perdue de l'utérus, du péritoine et du plan aponévrotique avec le crin de Florence.

Enfin, suture en étage et en surjet, du plan musculo-aponévrotique et de la peau, le tout au catgut.

Nausées les trois jours suivants. Constipation.

Fièvre légère pendant huit jours.

23 mars. — La malade sort; l'utérus très élevé est bien fixé. De la plaie, il ne reste plus qu'une toute petite trace.

12 avril. — La malade souffre des reins mais plus du tout du bas-ventre. Elle marche bien mieux qu'avant son opération. Elle se dispose à partir pour la campagne. Au toucher, l'utérus est bien fixé, un peu à droite.

19 avril. — La malade marche bien, ne souffre pas du ventre. Elle n'a éprouvé de douleurs qu'au moment de ses époques. Menstruation très peu abondante.

OBSERVATION VII. (Laroyenne et Condamin.)

Inédite.

Rétroversion. — Petit kyste de l'ovaire. — Ablation du kyste. — Hystéropexie.

Anna Ch..., 29 ans, repasseuse, entrée à la salle Ste-Thérèse le 30 mars 1894.

Mariée à 19 ans, trois bonnes couches et trois fausses. La première a eu lieu à 20 ans, la dernière à 27 ans.

Depuis cette dernière couche la malade est souffrante, elle a commencé à ressentir de violentes douleurs lombaires s'irradiant dans les cuisses, et en même temps une lassitude extrême qui disparaissait quand l'abdomen était bien serré. La marche était très pénible.

Il y a six mois, la malade est venue à la visite, on lui a mis des tampons qui l'ont bien soulagée. Sept ou huit fois on lui a fait le même traitement avec le même succès, dès que les tampons étaient enlevés les douleurs réapparaissaient.

Malgré cela les règles ont toujours été très régulières, les dernières cependant survenues il y a trois semaines ont eu un retard de sept jours et ont été peu abondantes et douloureuses; la malade a été obligée de s'aliter. En même temps douleurs vives le long des lombes et s'irradiant jusqu'aux cuisses.

Entrée à l'hôpital le 30 mars 1894.

Au toucher, on atteint facilement le col rejeté très avant vers le pubis, le corps de l'utérus occupe le cul-de-sac postérieur, celui-ci est très douloureux à la pression, surtout quand on cherche à attirer le col en avant.

Rien dans les culs-de-sac latéraux. Le palper et le toucher combinés ne révèlent rien dans les parties latérales, mais provoquent de la douleur dans la région utérine.

Cavité utérine : 7 centimètres.

2 avril 1894. — Incision abdominale au niveau du fond de l'utérus ramené contre la paroi au moyen du gros hystéromètre introduit dans sa cavité.

A l'exploration du petit bassin, on suit à gauche une tumeur de la grosseur d'une mandarine développée aux dépens de l'ovaire. On la pédiculise aisément et on l'enlève, c'était une poche kystique contenant un liquide hématique avec des dépôts de fibrine.

Hystéropexie (procédé de M. Laroyenne).

16 avril. — L'utérus est bien en place parfaitement adhérent à la paroi abdominale ; la malade ne souffre pas, marche mieux et sort de l'hôpital.

26 avril. — La malade souffre encore un peu du côté gauche, mais elle déclare qu'elle marche beaucoup mieux. Cavité utérine : 9 centimètres.

21 mai. — La malade ne souffre plus du tout ; elle se sent parfaitement soutenue dans la marche ; l'utérus très élevé est toujours en contact avec la paroi abdominale. Par le vagin on ne sent rien d'anormal du côté des annexes.

Les règles sont revenues sans aucune douleur le 2 mai ; elles sont absolument indolores. Cavité utérine : 9 centimètres.

5 juillet 1894. — L'utérus est en très bonne position, et a gardé contact avec la paroi ; il n'est plus douloureux. La malade marche très bien ; les dernières règles ont été un peu douloureuses, quelques caillots.

3 août 1894. — La malade se plaint qu'au moment de ses règles du sang s'est écoulé par l'extrémité supérieure de la

plaie. Un petit trajet fistuleux. Néanmoins la malade mange très bien, danse, saute, travaille comme elle ne pouvait pas le faire auparavant.

4 septembre. — Utérus parfaitement en place, persistance d'une petite fistule purulente.

28 octobre. — La malade souffre un peu au niveau du pédicule de son kyste, marche assez bien. A l'examen on ne constate rien d'anormal. Utérus en très bonne position.

Règles moins abondantes.

10 janvier 1895. — La malade va très bien, marche prolongée possible sans ceinture, persistance d'un petit trajet fistuleux.

OBSERVATION VIII. (Laroyenne et Condamin.)

Inédite.

Rétroversion adhérente. — Ablation d'annexes. — Hystéropexie.

Marie V..., 22 ans, domestique. Entrée à la salle Ste-Thérèse le 21 août 1894.

Fièvre typhoïde à 9 ans.

Réglée à 10 ans, toujours régulièrement. Règles abondantes, durant neuf jours environ.

Il y a 6 ans, à la suite d'une chute dans un escalier, contusion assez forte dans l'abdomen qui s'est recouvert, sur toute son étendue, d'une ecchymose transversale. Elle dut rester chez elle pendant 8 mois. Immédiatement après son accident elle eut un arrêt de ses règles, qui revinrent ensuite. Depuis cette époque, sa menstruation a toujours été douloureuse. Elle expulsait des caillots, dont quelques-uns avaient le volume d'un verre à boire, où elle subit une opération sous anesthésie. On ne peut avoir, sur cette opération, aucun renseignement, si ce n'est qu'on ne lui a jamais fait aucun

traitement consécutif et qu'au dire de ses voisines on lui aurait enlevé des caillots de sang.

Depuis, ses règles ont continué à être douloureuses.

Il y a 6 mois, les douleurs sont devenues très vives dans la fosse iliaque gauche et les reins, avec irradiations dans les cuisses. Ménorragie ayant duré 12 jours. Impossibilité de marcher.

Pendant deux mois on fit, sans amélioration, le traitement local des salpingites.

29 août. — Hystéropexie. Ablation des annexes.

25 octobre. — Se plaint toujours de faiblesse dans les jambes et de douleurs dans les reins.

27 octobre. — On lui met un crayon de chlorure de zinc.

3 janvier 1895. — La malade va très bien. L'utérus est fixé en bonne position. Les fonctions digestives sont excellentes et la malade a beaucoup engraisé.

OBSERVATION IX. (Laroyenne et Condamin.)

Inédite.

Rétroversion adhérente. — Columnisation et massage. — Hystéropexie.

Anne R..., 33 ans, entrée à la salle Sainte-Thérèse le 11 février 1894.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement depuis. Mariée à 20 ans. Première grossesse normale. A 23 ans, fausse couche avec hémorragie abondante au deuxième mois. Entrée aussitôt dans le service, à Sainte-Thérèse, elle y est restée trois semaines. Pendant sa troisième grossesse, elle a eu une hémorragie au troisième mois. Accouchement normal.

Depuis elle a souffert de maux de reins, de douleurs dans le bas-ventre de temps en temps.

Le 25 novembre 1892 elle fait un second séjour dans le service pour un polype utérin qu'on enlève; on constate en même temps une rétroversion et elle sort de l'hôpital avec un pessaire qu'elle a porté pendant huit mois.

Loin d'être soulagée, les douleurs sont revenues.

Le 30 novembre on constate une rétroversion avec adhérence postérieure tenace.

Columnisation, massage.

Le 24 décembre la malade se trouve très améliorée, marche beaucoup plus aisément.

Depuis le mois de janvier le massage est douloureux. L'utérus est mobile. On place un pessaire, au bout de 15 jours elle ne peut plus le supporter, elle souffre beaucoup au niveau de fosse iliaque droite. On constate, au toucher, un ovaire droit douloureux.

19 février. — La malade entre dans le service.

Hystéropexie suivant le procédé de M. Laroyenne. Réduction de l'utérus avec le gros hystéromètre. Incision de la paroi abdominale, puis incision du péritoine de 4 à 5 centimètres sur l'utérus qui fait hernie. Le tissu utérin est un peu entamé par le bistouri. La plaie péritonéale est obstruée par l'utérus réduit; le sang provenant de la plaie utérine est épongé soigneusement, puis on place les trois aiguilles-broches et on fait les trois sutures perdues au crin de Florence. Suture en surget de l'aponévrose, puis suture de la peau au catgut.

8 mars. — La malade a eu ses règles le 3 mars, elles ont été très abondantes et ont duré jusqu'à aujourd'hui. Hier et avant-hier la malade a eu après son repas du soir de légers frissons.

14 mars. — Sort de l'hôpital.

9 avril. — L'amélioration de la malade s'est accentuée jusqu'au moment de ses époques à la fin de mars; à ce moment pertes rouges excessivement abondantes pendant quatre jours. Très affaiblie. Pendant huit jours maux de reins qui obligeaient la malade à garder le repos. Depuis la

fin de ses époques l'amélioration va s'accroissant. Ne souffre pas du ventre.

31 juillet. — La malade marche bien, sans fatigue. Ne souffre plus dans les reins, légèrement cependant quelquefois au moment des règles, qui ne sont pas douloureuses.

Souffrances légères après le coït; non pas immédiatement, mais le lendemain.

11 octobre 1894. — Actuellement la marche n'est plus douloureuse, les pertes menstruelles sont bien moindres. Pas de douleur du ventre mais un peu de constipation.

Les rapports conjugaux, qui pendant longtemps ont été suivis de douleurs, ne sont plus douloureux.

OBSERVATION X. (Goullioud.)

Inédite.

Rétroversion par salpingo-ovarite. — Ablation unilatérale d'annexe gauche. — Hystéropexie. — Grossesse. — Accouchement normal trois ans et demi après l'opération. — Maintien de l'utérus en bonne position.

Marie J... 21 ans, entrée salle Ste-Thérèse le 21 mai 1891.
Régée à 13 ans. Mariée à 17 ans.

Fausse couche de trois mois dix-huit mois après son mariage; souffre dans le ventre depuis cette époque.

Point de côté à gauche surtout pendant la marche. Impossibilité de soulever le moindre fardeau et de travailler à son ménage (mari cultivateur). Ne peut guère que se livrer à la couture.

Au toucher, utérus en antécourbure et en rétroversion. A gauche, résistance du ligament large. Au fond et en arrière on sent une tumeur de salpingo-ovarite. — A droite on sent aussi une résistance vague mais sans masse de salpingo-ovarite.

Opération le 27 mai 1891. — Ablation des annexes gauches peu malades mais présentant une fixation bien nette du pavillon de la trompe au fond du bassin.

Rien que quelques brides insignifiantes à droite ; on laisse les annexes droites.

Hystéropexie par le procédé de M. Laroyenne. Sutures séparées du péritoine, de la couche musculo-aponévrotique et de la peau en surjet et au catgut.

Suites simples. Au neuvième jour la température qui n'avait pas dépassé jusque là 38°2, s'élève à 39°2, mais redescend ensuite pour se maintenir définitivement autour de 37°5.

4 novembre 1891. — Revue par M. Goullioud. La malade est très satisfaite du résultat. Elle peut vaquer à ses occupations, à son ménage, alors qu'avant son opération elle ne pouvait plus que se livrer à la couture.

Elle ne peut pas encore marcher beaucoup ; elle commence à souffrir à gauche au bout d'une demi-heure de marche, mais elle va toujours en s'améliorant.

Bien réglée ; les règles avancent plutôt et durent six jours. Très peu de pertes blanches.

Digère très bien, pas de constipation.

Souffre de temps en temps à droite mais d'une douleur passagère et modérée.

Se plaint d'une légère toux nerveuse au moment des règles spécialement.

A pris beaucoup d'embonpoint ; deux mois après sa sortie de la Charité elle avait gagné deux kilogs.

L'utérus est en autéposition normale.

Cicatrice à peine perceptible, située à trois doigts au-dessus des poils du pubis. A ce niveau de la ligne blanche on a la sensation bien nette d'une plus grande solidité qu'au dessus.

Le cul-de-sac gauche est souple ainsi que le droit.

M^{me} J... présentant un peu de nervosisme, M. Goullioud lui cosneille le drap mouillé au printemps.

20 juin 1892. — Va toujours bien mieux qu'avant son opération.

Les douleurs du côté gauche ont disparu.

Pas de constipation.

Mais elle souffre un peu à droite. Il y a un mois et demi elle avait déjà un peu souffert et elle souffre encore de nouveau ces jours-ci avec quelques irradiations dans la cuisse droite.

Souffre un peu pour uriner.

Les règles durent huit jours. Pas de pertes blanches.

Au toucher, c'est à peine si l'on devine à droite une petite adhérence au Douglas, mais pas de masse.

M. Goullioud prescrit des injections vaginales et un tampon d'ichthyol.

2 août 1892. — Madame J... va très bien. L'état local est parfait.

Mais elle tourne à l'hypochondrie. C'est ainsi qu'elle se plaint plutôt à gauche du côté de son ancienne lésion, où se trouve cependant une souplesse parfaite.

M. Goullioud fait suspendre le dernier traitement et ne prescrit que l'hydrothérapie.

6 novembre 1892. — Va très bien localement.

Se plaint de sa digestion. Elle a un peu de dilatation stomacale ; vomit quelquefois certains aliments, ne peut supporter un corset, présente du clapotement sous-ombilical. La malade ne peut marcher longtemps.

On prescrit : gouttes amères de Beaumé, naphtol et magnésie... et on lui fait porter un bandage à plaque destiné à remplacer le sangle de Glénard.

30 avril 1894. — La malade a passé un bon hiver. Elle a continué l'hydrothérapie et se trouve bien de ce traitement.

Elle présente quelques symptômes de grossesse probable. Les dernières règles sont venues fin janvier. Maux de cœur, et vomissements qui sont devenus plus rares ces jours-ci. Pas de symptômes pelviens spéciaux.

Examen local. Utérus en bonne position (on ne trouverait

rien de spécial si l'on n'était pas prévenu), un peu plus attiré à droite.

Jusqu'ici elle portait sa ceinture à plaque, mais moins serrée.

Novembre 1894. — Accouchement normal, sans forceps, les vraies douleurs ayant duré deux heures seulement. La malade était assistée par le Dr Monvenoux.

8 décembre 1894. — Revue par M. Goullioud pour un abcès du sein. Rien du côté du ventre. L'involution utérine a été parfaite. L'utérus est plaqué contre la paroi antérieure de l'abdomen.

OBSERVATION XI. (Sinclair cas 1 ¹.)

Rétroflexion. — Salpingo-ovarite gauche. — Ablation des annexes gauches. — Hystéropexie.

S. G..., 26 ans, malade du Dr Renshaw de Bowdon, admise au Manchester Southern hospital, en septembre 1890. Elle est mariée, a eu un enfant qui ne vit plus.

Au moment de l'entrée, rétroflexion avec adhérences et tumeur tubo-ovarienne à gauche.

Opération par section abdominale, ablation des ovaires gauches et suture du fond et de la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale.

Utérus soutenu par un pessaire.

Suites immédiates simples ; suppuration due à l'irritation des fils de soie. Fistule ayant persisté douze mois.

Revue au mois de janvier ; la plaie était complètement fermée et l'utérus en antéflexion. Un peu d'irritation de la vessie.

¹ Sinclair, Méd. chron., avril 1894.

OBSERVATION XII. (Sinclair. Cas 2¹.)

Rétroflexion adhérente. — Hystéropexie abdominale. — Première grossesse normale et suivie d'un accouchement normal. — Deuxième grossesse et avortement (influenza). — Enceinte de quatre mois lors de la publication.

L. V..., 28 ans. Comme antécédents puerpéraux, quelques troubles à la suite d'une fausse couche. Au moment de son entrée octobre 1891, souffrait d'une rétroflexion avec adhérences. Les ovaires ne paraissent pas y être engagés. L'emploi de tampons et de douches suivant la méthode de Schultze, ne réussit pas à rectifier la position de l'utérus.

Ventrofixation le 15 octobre 1891.

On trouve l'utérus complètement adhérent au fond du cul-de-sac de Douglas et les ligaments larges repliés en arrière mais sans que les ovaires aient été attirés en bas. Adhérences facilement rompues et l'utérus est amené dans la plaie abdominale. Légère hémorragie au niveau des adhérences. Ventrofixation complétée par huit points de suture au catgut, au fil de soie fort et à la soie fine. Guérison rapide.

Au commencement de l'été 1892, six mois après l'opération, la malade vient me consulter.

Je la trouvai enceinte de quatre à cinq mois et, aussi loin que je pus prolonger mon examen, la matrice me parut en situation normale. A part une sensation de tiraillements au niveau de la cicatrice, elle ne se plaignait de rien. On lui conseilla d'entrer à la Maternité pour être observée avec beaucoup de soin.

Le travail se déclara et se termina rapidement. Tout se passa d'après ce qui m'a été décrit d'une façon absolument

¹ Parue dans la thèse de Léon.

normale. Car c'est seulement le lendemain de son accouchement que j'appris qu'elle était entrée. Les suites de couches bien observées n'ont présenté rien d'anormal.

L'involution de l'utérus s'est parfaitement accomplie, et la malade est partie avec son enfant vivant, se portant aussi bien que possible, si ce n'est un peu de cystite.

Revue le 6 mars 1894, soit deux ans et cinq mois après l'opération.

J'appris alors qu'elle avait eu, au mois d'août dernier, une fausse couche de trois mois, alors qu'elle était très malade de l'influenza. Il n'y a pas d'autre cause à quoi elle puisse l'attribuer.

Elle est maintenant encore enceinte de quatre mois. Elle porte une ceinture abdominale et se trouve très satisfaite.

Le fond de l'utérus est dans la situation normale qu'il doit occuper au quatrième mois.

La malade éprouve une certaine gêne causée par un tiraillement au niveau de la cicatrice, elle éprouve encore quelques légères suites des malaises de la grossesse. Elle a aussi un peu de cystite. Bon état général.

OBSERVATION XIII. (Sinclair. Cas 3¹.)

H. M..., 31 ans. Douleurs constantes dans le dos, ne lui permettant pas de faire son ménage.

A son entrée, on constate une rétroflexion très accusée de l'utérus qui est gros et sensible. Elle ne peut être réduite de force sous anesthésie.

Ventrofixation par procédé habituel, le 19 avril 1893. Guérison. La malade quitte l'hôpital.

Revue le 19 mars 1894, onze mois après l'opération.

¹ Parue dans la thèse de Léon,

Elle était alors enceinte de sept mois et demi. Depuis l'opération, s'est toujours bien portée et vaquait à ses occupations sans fatigue. Elle porte une bonne et forte ceinture. Au début de sa grossesse, elle a beaucoup souffert de malaises ; mais ceux-ci ont cédé à la fin du quatrième mois. Actuellement n'éprouve pas de gêne d'aucune sorte.

A la palpation, le fond de l'utérus est bien au dessous de l'ombilic. Comme forme et comme position, il est normal.

La cicatrice s'est élargie, surtout à la partie inférieure (15 centimètres) d'une extrémité à l'autre.

La malade entre à la Maternité.

OBSERVATION XIV (Sinclair. Cas 4.)

*Rétroflexion. — Opération d'Alexander sans résultat. —
Hytéropexie abdominale.*

H. G..., 36 ans, mariée depuis 15 ans. Cinq enfants et deux fausses couches. Dernier accouchement il y a cinq ans. Depuis elle a beaucoup souffert de douleurs pelviennes ; pouvait à peine marcher. Menstruations profuses durant huit à neuf jours. Leucorrhée intermenstruelle. En mai 1890, elle subit l'opération d'Alexander à la Nouvelle-Zélande, et porte les traces de l'opération au niveau des aines, avec une légère hernie inguinale gauche, le seul résultat, dit-elle, de l'opération.

L'utérus est fléchi sous un angle très aigu, et présente une grande sensibilité à la pression. A gauche se trouve une tumeur élastique qu'on suppose être l'ovaire.

Après un très long traitement ayant duré plusieurs semaines, la malade fut opérée le 13 juin 1891. A cette occasion, on fit des sutures au fil d'argent, au lieu de fil de soie, et l'utérus fut soutenu comme d'habitude par un très large pessaire. La

dernière suture fut enlevée quinze jours après, et la malade rentra chez elle en apparence en très bonne santé.

Les dernières nouvelles disaient qu'elle n'était pas complètement satisfaite du résultat de l'opération.

Le médecin qu'elle consulta par la suite, a été assez aimable pour me rendre compte de l'état de la malade plusieurs mois après, et il m'informa qu'elle avait un si mauvais caractère qu'il avait été obligé de lui cesser ses soins.

OBSERVATION XV. (Sinclair. Cas 5.)

Rétroflexion. — Opération d'Alexander. — Mieux partiel pendant deux ans. — Hystéropexie abdominale, au cours de laquelle on trouve un utérus rétrofléchi à angle aigu, sans adhérences.

M^{me} A. N..., 21 ans, malade du Dr Cran, de Great Harwood. Elle a une profession laborieuse. Il y a deux ans, elle a souffert de douleurs intenses pendant la période menstruelle. Règles très abondantes toutes les trois semaines et durant une semaine sans discontinuer. Maux de reins et douleurs dans les cuisses presque continuelles. La malade avait été en traitement à l'hôpital du Sud deux ans environ auparavant et avait subi l'opération d'Alexander pour rétroflexion de l'utérus et prolapsus des ovaires ; elle était restée dix semaines au lit. Mieux partiel ; mais au moment de la réadmission, le 26 juin 1891, elle était aussi malade que jamais. Envoyée pour subir la ventrofixation.

Opérée le 1^{er} juillet 1891. L'utérus fut trouvé considérablement gros et fléchi à angle aigu. Pas d'adhérences. La suture à la paroi abdominale fut effectuée au moyen de trois sutures de catgut et de deux sutures de soie fine transversales, comprenant une portion considérable de la face antérieure de l'utérus. Comme il n'y eut pour ainsi dire pas d'hémorragie

et presque pas de manipulations des organes, la plaie se ferma et le traitement se poursuivit comme d'ordinaire. Un pessaire fut introduit pour supporter l'utérus. Guérison très simple et ininterrompue. La plus haute température notée fut celle de 99° F. (37°2 C.). La malade sort le 23 juillet et doit bien se porter.

OBSERVATION XVI. (Sinclair. Cas 6.)

Rétroflexion adhérente. — Hystéropexie abdominale.

A. T..., 30 ans, célibataire. Admise à l'hôpital du Sud le 13 juin 1891. Avait souffert deux ans d'ovarite et de rétroflexion. Avait subi de nombreux traitements médicaux, locaux et généraux. A été traitée pendant un mois et sans résultat par des tampons d'ichthyol et des médicaments internes. Comme elle avait déjà subi un traitement similaire avec aussi peu de profit, on résolut d'opérer.

Ventrofixation le 15 juillet 1891. Des adhérences considérables durent être rompues, mais il n'y avait rien qui motiva l'ablation d'aucune annexe. La malade présenta une légère cellulite de la paroi abdominale après l'opération. Mais à part cela l'état resta bon. La température avait été beaucoup plus élevée avant et pendant la période menstruelle qui précéda l'opération, alors qu'elle était soumise à l'autre traitement à l'hôpital, qu'à aucun autre moment après l'opération.

Quand on la vit plusieurs mois après, la malade n'était pas encore tout à fait soulagée, mais allait immensément mieux qu'avant l'opération.

OBSERVATION XVII. (Sinclair. Cas 7.)

Rétroflexion. — Hystéropexie abdominale.

C. M..., 33 ans, veuve depuis dix-huit mois. Un enfant il y a deux ans. Grave maladie puerpérale après son accouchement. Règles environ tous les quinze jours, durent de trois à cinq jours, quelque peu irrégulières; devenue maigre et anémique.

A l'examen, l'utérus est trouvé en rétroflexion, le fond est mou au toucher. Rupture profonde mais incomplète du périnée, et déchirure considérable du col à gauche. Traitement depuis le jour de l'admission, 18 juin 1891, au moyen de tampons d'ichthyol et de glycérine.

Opération le 24 juillet 1891. Quelques adhérences furent trouvées et rompues. Sutures introduites comme d'habitude et plaie complètement fermée. La malade se rétablit d'une façon très satisfaisante; la température ne dépassa jamais 99° F. (37°2 C.); d'habitude elle était légèrement anormale. Pansement ordinaire. Le 30 juillet toutes les sutures sont enlevées. Suppuration considérable dans le trajet des sutures.

OBSERVATION XVIII. (Sinclair. Cas 8.)

Rétroflexion aiguë. — Hystéropexie abdominale.

M. J..., 43 ans, mariée depuis vingt ans; neuf enfants. Malade du Dr Mitchell, de Weaste. Admise le 30 juin 1891. Traitée auparavant et souffre à présent de menstruations fréquentes et abondantes, avec accès d'hémorragies à flots. Souffre également de douleurs presque continuelles dans les reins.

Rétroflexion aiguë.

Après un traitement préliminaire la malade est opérée le

27 juillet 1891. Les détails de l'opération sont à peu près les mêmes que plus haut. Le nombre des sutures au catgut rattachant le péritoine utérin au péritoine pariétal fut considérable ; neuf en tout.

Rien dans l'histoire clinique qui mérite d'être rapporté. La malade sort en bonne santé le 22 août.

OBSERVATION XIX. (Sinclair. Cas 9.)

*Métrite chronique. — Rétroflexion avec adhérences. —
Déchirure du col. — Tumeur tubo-ovarienne gauche.
Hystéropexie abdominale.*

E. W..., 27 ans. Mariée depuis six ans, un enfant. Malade du Dr Brown, de Chorlton Road, à Manchester. Admise le 5 octobre 1891.

L'histoire de son affection puerpérale remonte à cinq ans ; douleurs pelviennes et abdominales continuelles depuis cette époque. Menstruation régulière, mais sérieuse dysménorrhée deux jours avant les règles, pendant tout le temps de l'écoulement et environ une semaine après.

A l'examen, le col a été trouvé profondément déchiré à gauche. L'utérus est agrandi, avec une masse arrondie dans le cul-de-sac postérieur se continuant avec une grosseur du côté gauche du pelvis.

Diagnostic : Métrite chronique, rétroflexion avec adhérences, déchirure du col, tumeur tubo-ovarienne gauche.

Opération le 9 octobre 1891. Incision habituelle, utérus maintenu par des adhérences fortes et nombreuses qui furent rompues, et le fond fut amené au moyen d'une pince (vol-sella ?) et par des manœuvres digitales dans la partie inférieure de la plaie abdominale. Suture au catgut sur les côtés de l'utérus et suture au fil de soie fort à travers la face antérieure.

La cavité abdominale fut irriguée et l'on plaça un drain en verre.

A cause de l'étendue des adhérences et pour irriguer continuellement la cavité pelvienne, un tube en caoutchouc remplaça le tube de verre deux jours après l'opération et fut maintenu pendant un temps considérable. Néanmoins la malade se rétablit assez bien et sortit en bonne santé le 9 novembre.

Aux dernières nouvelles elle était en bonne santé.

OBSERVATION XX. (Sainclair. Cas 10.)

Rétroflexion aiguë. — Adhérences ovariennes. — Hystéropexie abdominale.

A. T..., 27 ans, célibataire, ouvrière. Malade du Dr Cran, de Great Harwood. A été en traitement pendant plusieurs mois avant l'opération et à différentes reprises auparavant pour rétroflexion aiguë avec dysménorrhée extrême qui l'empêchaient de travailler.

Opérée au « Surgical Home » le 27 octobre 1891. Ventrofixation avec libération des adhérences ovariennes. Quatre sutures de catgut, deux sutures de soie forte et une suture de soie furent employées pour amener des connexions entre les surfaces opposées. Pas de drainage.

Rétablissement ininterrompu. Dans une lettre reçue par sa garde, douze mois après l'opération, la malade était suivant ses affirmations en très bonne santé et pouvait se livrer à son travail. Elle n'a plus eu aucune sorte de malaises.

OBSERVATION XXI. (Sainclair. Cas 11.)

Rétroflexion adhérente. — Petit kyste de l'ovaire droit ponctionné, conservation de l'ovaire. — Hystéropexie abdominale.

M. A. D..., 28 ans, célibataire. Malade du Dr Martland, de Oldham, admise à l'Hôpital de Manchester Sud le 1^{er} janvier 1892. Parmi ses antécédents on note une dysménorrhée grave avec des douleurs dans le bas-ventre. Exacerbation au moment des règles. Ramollissement de l'ovaire droit. A porté un pessaire pendant dix-huit mois, l'a quitté pendant plusieurs mois ensuite, mais il a dû être remplacé.

Opération le 13 janvier 1892. Ventrofixation de l'utérus. Les adhérences furent rompues et le fond amené dans la plaie comme d'habitude. Ovaire droit de la grosseur d'une prune ; un kyste à parois très minces forme la partie principale de son enveloppe. Le kyste a été ponctionné et on ne s'est plus occupé de l'ovaire. Ovaire gauche sain. Fixation au moyen de quatre fils de catgut, trois de soie forte et un de soie ordinaire. Fermeture de la plaie. On place par dessus un pansement à l'acide phénique et à la glycérine. Rien d'extraordinaire dans l'histoire de ce cas. La plus haute température notée a été de 99°4 F (37°4 C). La plus grande rapidité du pouls de 92. La malade est sortie en bonne santé le 4 février 1892. Dans une lettre datée du 22 mars 1894, le Dr Martland nous dit : « L'opération que vous avez faite à miss D..., pour fixer son utérus, a été couronnée d'un plein succès. Depuis cette époque elle a joui d'une excellente santé et l'utérus est resté fixé. »

OBSERVATION XXII. (Van Hassel ¹.)

Résumée.

Rétroversion adhérente. — Hystéropexie abdominale. — Grossesse.

M^{me} P. G..., 27 ans, quatre enfants. Deux premiers accouchements avec forceps, suivis de douleurs dans le bas-ventre qui ont forcé la malade à rester alitée pendant environ six semaines. Troisième accouchement simple suivi d'une poussée de pelvi-péritonite. Depuis la quatrième délivrance, qui date de deux ans et qui la retint trois mois au lit, elle souffre constamment.

Curettée trois fois contre ménorrhagie et irrégularité de la menstruation. *

Lors de l'examen : douleurs violentes dans le bas-ventre, surtout à droite ; menstruée irrégulièrement toutes les deux semaines. Leucorrhée abondante, purulente et fétide. Rapports conjugaux si douloureux que la malade refuse de s'y prêter. Mictions très fréquentes. Selles irrégulières et indolentes.

La malade est pâle, maigre, sans force et n'ose marcher.

Bas-ventre douloureux à la pression. Col très en avant, déchiqueté. Dans le Douglas, corps utérin hypertrophié et adhérent au sacrum. Ovaire et trompe gauches augmentés de volume et douloureux.

Hystéropexie ² pratiquée quelques semaines après l'examen. Utérus libéré de ses nombreuses adhérences. Annexes droites saines ; les annexes gauches adhérentes étaient simplement

¹ Van Hassel. Quelques cas d'hystéropexie. Annales médico-chirurgicales de Belgique, juillet 1894. — In Arch. de toc. et gyn., décembre 1894.

² Van Hassel emploie le procédé Jacobs : deux fils de soie traversant le fond de l'utérus soit d'une seule traite soit en faufilé et perdus dans l'épaisseur de la plaie. Suture des différents plans de la paroi abdominale.

congestionnées, à cause des obstacles apportés à la circulation et furent laissées.

Suites heureuses. Réunion immédiate obtenue par première intention avec un summum de température de 37°3.

La femme a repris ses forces. Elle travaille, ne se plaint plus et est enceinte de sept mois.

OBSERVATION XXIII. (Spæth ¹. Cas 1.)

R..., 31 ans, femme d'un négociant, mariée depuis cinq ans. Un accouchement facile il y a trois ans. Pas de maladie puerpérale, pas de blennorragie. A suivi un traitement pour sa stérilité, dans un établissement pour femmes.

Femme bien nourrie et forte.

A l'examen on trouve un hydrosalpinx assez développé à gauche, et une tumeur ovarienne. L'utérus était rétrofléchi et retenu par une paramétrite chronique.

Le 24 août 1889, salpingo-oophorectomie gauche. Ventrofixation de l'utérus d'après la méthode de Czerny (catgut), après avoir détaché de nombreuses adhérences.

Le 15 septembre elle sort guérie.

D'après les renseignements donnés par son médecin anglais, il doit y avoir antéflexion de l'utérus et cette dame jouit d'une très bonne santé. Elle n'a pas encore conçu.

OBSERVATION XXIV. (Spæth. Cas 2.)

D..., 39 ans, cultivatrice. Mariée depuis quinze ans. Trois accouchements faciles. Un avortement. Dans le dernier

¹ Ces observations de Spæth ont paru in Münd. med. Woch. en 1892. Elles font suite à une série de quinze cas parus in Deut. med. Woch., 1889, n° 37, et qui sont relatés dans la Thèse de M. Baudoin.

accouchement il fallut détacher avec les mains le placenta adhérent.

En traitement depuis le mois de juin 1889, pour une rétroflexion de l'utérus fixé (paramétrite chronique atrophique). Massage, pessaires sans succès.

Le 24 octobre 1889, ventrofixation de l'utérus suivant la méthode de Czerny (catgut).

On a constaté à la dernière visite, en septembre 1891, que l'utérus était admirablement placé. La femme se portait très bien et pouvait vaquer à son travail sans difficulté.

OBSERVATION XXV. (Spæth. Cas 3.)

G..., 39 ans. Célibataire. Gouvernante.

Réglée à 11 ans, toujours abondamment.

Souffre depuis quelques années de douleurs et de violentes ménorragies. En 1879 elle eut une perte de sang presque continue qui dura six mois. L'intensité des hémorragies diminue après le curettage et l'amputation de la portion vaginale du col, qui furent faits à Berlin en 1882.

En mars 1890, à la suite de l'influenza, de violentes douleurs et des ménorragies se produisirent de nouveau.

Diagnostic : Myômes utérins intrapariétaux et sous-séreux. Rétroflexion.

Le 24 mars 1890, castration bilatérale, excision d'un myôme sous-séreux de la grosseur de l'intérieur d'une pomme. Ventrofixation de l'utérus d'après Czerny (catgut).

Vue la dernière fois en avril 1891. Va pour le mieux, d'après une lettre du mois de mars 1892.

OBSERVATION XXVI. (Spæth. Cas 4.)

M. K..., 41 ans, journalière. Multipare.

Depuis novembre 1885 est en traitement à la Polyclinique (massage, pessaires...) pour une rétroflexion de l'utérus fixé, périmétrite chronique et myômes multiples sans qu'on ait pu l'améliorer assez pour lui permettre de reprendre son travail.

Le 15 avril 1890, castration bilatérale. Ventrofixation de l'utérus d'après Czerny (catgut).

Sort trois semaines plus tard après une bonne guérison.

Dans la cinquième semaine eut un hématome intrapéritonéal, sans cause connue, de la grosseur d'un poing d'homme et qui fut très long à guérir.

Décembre 1891, on trouve l'utérus tout à fait et profondément rétrofléchi dans le douglas, sans qu'il cause cependant de bien fortes douleurs.

OBSERVATION XXVII. (Spæth. Cas 5.)

A..., 29 ans, journalière. Mariée depuis cinq ans et demi. Deux accouchements, le dernier en mars 1890.

Pendant plus d'un an a suivi un traitement pour rétroversion de l'utérus et hydrosalpinx, à la suite duquel la petite tumeur disparut et la matrice se mit en antéversion malgré de nombreuses cicatrices paramétritiques.

En 1891 elle revient avec une grosse tumeur à gauche. La menstruation a cessé depuis deux mois, après lesquels survint une métrorragie avec expulsion de lambeaux de peau.

Diagnostic : Grossesse tubaire gauche. Rétroflexion de l'utérus.

Le 29 janvier 1891, salpingo-oophorectomie gauche. Diagnostic confirmé. Ventrofixation de l'utérus d'après Czerny (catgut).

Vue la dernière fois en janvier 1892, tout allait bien.

OBSERVATION XXVIII. (Spæth. Cas 6.)

M^{me} W..., âgée de 46 ans, femme d'un sculpteur de Hambourg, six accouchements faciles pendant vingt-trois ans de mariage, ensuite elle avorta plusieurs fois. Depuis vingt ans elle offre les symptômes d'une rétroversion de l'utérus fixe. Périmétrite chronique. Malgré la mise en place et le traitement avec l'anneau de pessaire, on ne parvint pas à soulager la maladie qu'accompagnaient des phénomènes hystériques (vomissements continuels et crampes).

Le 24 mars 1891, castration bilatérale. Ventro-fixation de l'utérus d'après Köberlé et Czerny, on cousut les tronçons des tubes avec le catgut, et le fond de l'utère à la paroi abdominale, avec un fil de soie, d'après la méthode de Czerny.

Depuis, santé en bon état.

OBSERVATION XXIX. (Spæth. Cas 7.)

M^{me} Schl..., âgée de 36 ans, femme d'un employé de la douane, à Hambourg. Mariée depuis douze ans, n'a eu qu'un accouchement qui s'est passé normalement. Depuis deux ans douleurs dans le bas-ventre. La rétroflexion qui existait à un très haut degré, fut traitée assez longtemps par le massage et l'anneau pessaire. Le succès de ce traitement variait ; en somme il était insuffisant.

Le 22 mai 1891, ventrofixation de l'utérus (suivant une

¹ Cette méthode consiste à utiliser comme fils hystérofixateurs trois, quatre ou cinq fils d'argent qui font partie d'une suture à plusieurs plans de la paroi abdominale (Suture de Schede). Nous appelons l'attention du lecteur sur le nombre de ces fils hystéro-fixateurs. Il s'éloigne assez de celui qu'employaient Jacobs, Fraipont, Routier et Czerny lui-même.

méthode qui sera décrite plus tard et au moyen de fils d'argent ¹).

Mars 1892, jusqu'à maintenant tout se trouve dans les meilleures conditions.

OBSERVATION XXX. (Spæth. Cas 8.)

M^{me} B..., âgée de 24 ans, veuve d'un négociant, avait eu deux couches difficiles pendant cinq ans de mariage. Après son second accouchement la fièvre puerpérale s'était déclarée avec douleurs dans le côté gauche. Le traitement par tampon, bains et ensuite des massages n'amena qu'un soulagement passager.

Diagnostic : rétroversion de l'utérus fixe. Paramétrite chronique, atrophique gauche. Chute de l'ovaire gauche.

Le 17 juin 1891, ventrofixation de l'utérus (comme dans le cas 7).

Au commencement de 1892, résultats subjectif et objectif favorables.

OBSERVATION XXXI. (Spæth. Cas 9.)

M^{me} M..., âgée de 36 ans, femme d'un commerçant de Hambourg, eut il y a onze ans la fièvre puerpérale et s'est soumise il y a trois ans à une colpopérinéorraphie pour une périnée. Depuis, elle se trouvait très bien, quoique l'utérus fut dans une position tout-à-fait rétrofléchi. Elle se plaignait cependant de douleurs pendant le coït, en ce que dans l'acte sexuel elle ne pouvait tenir le pénis dans le vagin, car le fond de l'utérus se plaçait en arrière contre le vagin. Elle ne supporta pas les anneaux de pessaire. La malade, extrêmement nerveuse, persista, malgré des conseils contraires, à faire

disparaître par une opération cette anomalie qui ne reposait que sur le relâchement.

Le 3 juillet 1891, ventrofixation de l'utérus d'après la méthode de Czerny (fils de soie).

Juin 1892, la malade se trouve bien sous tous les rapports, également sous celui qu'elle désirait si ardemment.

OBSERVATION XXXII. (Spæth. Cas 10.)

M^{me} M..., âgée de 39 ans, veuve d'un comptable, de Hambourg, eut quatre accouchements pendant vingt ans de mariage et un avortement. Elle est veuve depuis un an et astreinte à des travaux pénibles. Elle se plaint de douleurs, d'une rétroflexion très forte, de périmérite chronique, hydrosalpinx combinés avec des symptômes hystériques. Mise en place après anesthésie, le massage et l'anneau pessaire ne suffirent pas,

28 août 1891, salpingectomie bilatérale. Ventrofixation de l'utérus (comme dans les cas 7 et 8).

Avril 1892. — Utérus dans une position avantageuse. De nouveau, elle est très apte au travail.

OBSERVATION XXXIII. (Napier et Schacht. Cas 1⁴.)

Hystéropexie abdominale. — Grossesse et accouchement normaux.

A. M..., 30 ans, six grossesses.

Epouse d'un homme d'une humble condition. Malade pendant plus de deux ans. Non seulement elle était complète-

⁴ In Brit. med. jour., octobre 1893. — Dans cet article, il est publié 20 cas d'hystéropexies pratiquées soit contre des rétrodéviations, soit

ment incapable de remplir les travaux du ménage, mais encore elle occasionnait à son mari de continuelles dépenses en soins médicaux. Dans cette occurrence, après avoir épuisé les ressources d'une gynécologie peu étendue, son médecin comprit qu'il fallait pratiquer l'oophorectomie.

Son utérus était fortement rétrofléchi et pressait sur les ovaires prolapsés et enflammés, ce qui indubitablement était l'origine ou la cause d'aggravation des nombreux symptômes réflexes survenus à titre de complication.

Opération le 25 février 1892, par Leith Napier.

Au lieu d'enlever les ovaires qui de fait étaient sains, on fit la ventrofixation. Utérus poussé en haut avec la sonde par le vagin. — Trois sutures perdues de soie stérilisée. Sutures superficielles au fil de soie grège.

Pas de complications après l'opération.

Est devenue beaucoup plus forte, peut faire son ménage. Devenue enceinte, a eu un accouchement naturel à terme, le 1^{er} mai.

15 juin 1893. Utérus en excellente position, fixé en avant. Involution normale. L'ovaire gauche semblait un peu augmenté.

OBSERVATION XXXIV. (Napier et Schacht. Cas 3).

Hystéropexie abdominale. — {Grossesse. — Avortement à trois mois.

M. M..., 31 ans, trois grossesses.

Incapable de travailler depuis quatre ans par suite de douleurs dans le bas-ventre et le dos.

Rétroflexion. Ovaires prolapsés et très mous, ovaire gauche augmenté de volume.

contre des prolapsus. 5 n'ont pas été suivies suffisamment et sont laissées de côté. Sur les 15 restants il y a 7 prolapsus et 8 rétrodéviations ; ces dernières ont donné 2 cas de mort.

Opération le 3 juillet 1891, par Schacht.

Pendant l'opération on trouve un ovaire kystique qu'on enlève avec sa trompe. L'utérus est fixé par trois sutures de soie perdues.

Après l'opération pas de complications. On place un anneau de Hodge avant que la malade s'en aille.

24 juin 1893. Très bien portante. Avortement de trois mois en février après stérilité de quatre ans. Abdomen plat et ferme, cicatrice de un pouce et demi (3 à 4 centim.), solide. Par le vagin, utérus en bonne position.

OBSERVATION XXXV. (Napier et Schacht. Cas 4.)

S. C..., 39 ans, onze grossesses.

Consultante depuis un an et demi au nouvel hôpital des femmes. Séjour pendant sept semaines. Portait un pessaire. Grandes douleurs abdominales.

Utérus fortement rétrofléchi, fond sensible.

Opération le 21 juillet 1892 par Leith Napier.

Plaie abdominale de deux pouces (5 centim.). Trois sutures de soie perdues.

Après l'opération, la plaie était complètement guérie le onzième jour. Huit mois après apparition d'une fistule.

24 juin 1893. Ne s'était jamais si bien portée; n'avait pas pu travailler pendant trois ans. Par l'hypogastre, cicatrice de deux pouces, petit sinus à l'angle inférieur formé depuis trois mois, sec. Par le vagin, pas de prolapsus vaginal. Utérus solidement fixé à la paroi abdominale. Col large.

OBSERVATION XXXVI. (Napier et Schacht. Cas 5.)

E. G..., 34 ans. Nullipare.

A eu pendant deux ans des accès de douleurs violentes, surtout du côté gauche. Règles toujours régulières. Incapa-

cité de travail pendant quelques mois. Leucorrhée abondante. Pas soulagée par les pessaires.

Utérus tourné en arrière et prolabé. Hypertrophie et épaissement de l'utérus et des ligaments. Prolapsus des ovaires.

Opération le 4 août 1892, par Leith Napier.

Pendant l'opération on trouve des adhérences extensibles de l'utérus et des annexes. Suture au moyen de trois fils de soie perdus.

Après l'opération, fistules formées aux angles supérieur et inférieur de la plaie au bout de quatorze jours. Trois mois après on trouve dans la plaie une suture de soie.

24 juin 1893. Actuellement en bonne santé, sur le point de reprendre son travail. Se sent mieux qu'elle n'a été depuis de longues années. Par l'hypogastre cicatrice solide de deux pouces (5 centim.). Par le vagin utérus paraissant dans une position normale. Col normal. Pas de chute du vagin, ni de l'ovaire.

OBSERVATION XXXVII. (Napier et Schacht. Cas 7.)

C. C..., 38 ans, dix grossesses.

Depuis son dernier accouchement a souffert d'une chute de la matrice, a porté de nombreux anneaux mais n'a pu en garder aucun.

Rétroflexion avec cystocèle et rectocèle. Petit kyste ovarien gauche. L'ovaire droit n'est pas senti.

Opération le 17 octobre 1892, par Travers.

Ablation d'un kyste de la grosseur d'une mandarine. Utérus fixé par trois sutures de soie.

Après l'opération, au bout de deux semaines quelques vomissements et douleurs abdominales de cause indéfinie, ayant cessé deux jours après. La malade est très nerveuse.

24 juin 1893. Lettre du docteur disant que la position de l'utérus est très bonne.

OBSERVATION XXXVIII. (Napier et Schacht. Cas 10.)

S. B..., 35 ans, quatre grossesses.

Prolapsus depuis la naissance du troisième enfant, fortes douleurs pendant trois ans. Quatrième enfant il y a deux ans et demi. Règles très abondantes et très douloureuses. Impossibilité de rester debout ou de marcher un peu. Curettage de l'utérus le 19 janvier 1893.

Endométrite. Rétroflexion avec adhérences. Trompes adhérentes. Périmétrite gauche.

Opération le 27 mars 1893 par Leith Napier.

Rupture des adhérences utérines. Sutures de l'utérus par deux fils de soie grège et un fil de catgut n° 3.

Seize jours après l'opération, pus formé dans la partie supérieure de la plaie. Plaie fermée de nouveau le vingt-quatrième jour.

24 juin 1893. — Va beaucoup mieux. Peut travailler. Parois abdominales lâches. Cicatrice de un pouce un quart (3 centim.). Fistule superficielle de 1/4 de pouce (6 millim.) de profondeur. — Par le vagin, utérus en excellente position, solidement adhérent.

OBSERVATION XXXIX. (Frœnkel. Cas 1.)

Ernestine B..... bonne propriétaire de campagne. — Rétroflexion de l'utérus mobile, qu'aucun pessaire n'avait pu améliorer d'une façon durable. Ventro-fixation par la méthode d'Olshaussen, le 1^{er} février 1888. Bon résultat persistant. Rétablissement complet et durable de la santé générale et de la reprise du travail.

M^{me} B..., âgée de 36 ans, trois accouchements. Pas d'antécédents nerveux, se plaignait, lorsqu'en novembre 1887 je la vis avec mon collègue le Dr Battig (d'Heidersdorf), de douleurs continuelles et violentes dans la tête et le dos, de dyspepsie,

de dysménorrhée et surtout de faiblesses dans les jambes, qui depuis six semaines la forçaient à garder le lit constamment. Je trouvais chez cette femme très amaigrie et anémiée, avec l'intégrité de tous les autres organes, une rétroflexion angulaire de l'utérus très gros et fortement épaissi dans sa paroi postérieure, et une parésie hystérique des extrémités inférieures avec légère diminution de l'excitabilité électro-musculaire. La reposition se fit facilement, de même que le maintien par un pessaire de Thomas. M^{me} B... put immédiatement après faire quelques pas ; mais déjà après quelques jours la parésie des jambes reparut et l'examen montra le pessaire glissé en avant du col, et l'utérus rétrofléchi sur lui-même. On essaya des séries de pessaires de Thomas de différentes grosseurs et de différentes courbures, ainsi que des pessaires de Schultze, de Schlitten, en huit de chiffre. — Aucun ne retint longtemps dans sa position normale, l'utérus qui était très gros et facilement mobile.

M^{me} B..., fut longtemps alitée et incapable de travailler, extrêmement amaigrie et moralement déprimée.

Vu cet état désespéré, le 1^{er} février 1888, ventro-fixation exactement suivant le procédé Olshausen-Sœnger. L'utérus une fois reporté en avant par le palper bimanuel fut fixé des deux côtés par trois sutures de soie qui maintinrent solidement cousus les ligaments ronds et larges aux côtés de l'utérus et à la paroi abdominale antérieure. Les trompes et les ovaires qui à la vue avaient paru sains furent conservés. La suite de la guérison fut des plus simple ; la malade quitta le lit au bout de quatorze jours. L'utérus resta en antéversion ; la malade était complètement débarrassée de ses fatigues et pouvait bien marcher.

Le 12 décembre 1888, elle fut présentée à la Société de médecine de Breslau. Elle avait une mine florissante, ses fatigues subjectives avaient disparu, elle pouvait à son gré se tenir longtemps debout, marcher et se livrer dans une position inclinée aux pénibles travaux de la campagne et du jardinage. Le corps de l'utérus, toujours droit, gros et épais, est fixé

contre la paroi abdominale antérieure à 7 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse du pubis ; mais il a toujours une certaine mobilité. L'introduction d'un litre d'eau dans la vessie la rétrovertit légèrement, le col se porte en avant ; la vessie dessine en avant et des deux côtés de l'utérus la forme d'un diverticule.

Le même bon état se retrouve lors de la présentation à la soirée clinique, le 19 janvier 1894. Le sujet a une mine florissante, est complètement débarrassée de ses fatigues et peut pendant longtemps se livrer aux plus pénibles travaux ; elle est réglée régulièrement et sans douleur.

L'incision de la laparotomie est à peine encore visible ; pas de traces d'éventration. Le corps de l'utérus est encore passablement gros ; dans la position dorsale, après avoir fait relâcher les parois du ventre, on voit ses contours se dessiner à travers la paroi abdominale antérieure. Sa mobilité est relativement grande ; mais il revient toujours spontanément en antéversion.

OBSERVATION XL. (Frœnkel. Cas 2.)

Rétroflexion de l'utérus mobile. Chute des deux parois vaginales. Graves hémorragies. Ventro-fixation d'après le procédé de Léopold, le 9 septembre 1891. Résultat persistant.

Henriette P..., 42 ans, femme de peine, quatre enfants, dernier accouchement il y a dix ans. La patiente se plaignait d'envies impérieuses par en bas, de maux de reins et depuis Noël 1890, d'hémorragies continuelles et irrégulières. La reposition et le maintien de l'utérus par différents pessaires, un curetage de sa muqueuse et des injections intra-utérines astringentes n'ont pas fait disparaître les fatigues. Les pessaires, d'un côté occasionnent des douleurs dans le vagin

pendant le décubitus, et de l'autre glissent en avant du col et l'utérus se rétrofléchit. Les dernières règles s'arrêtèrent pendant trois semaines.

C'est pourquoi après neuf mois d'un traitement local inutile, le 9 septembre 1891 je fis la ventro-fixation, d'après le procédé de Léopold, consistant dans la suture du fond de l'utérus à la paroi abdominale (3 points de suture à la soie). Suites complètement dépourvues de réaction ; le neuvième jour, les sutures de la paroi abdominale et le quatorzième celles de l'utérus furent enlevées. L'utérus reste ici encore antéverti ; toutes les fatigues subjectives ont disparu. La chute des deux parois vaginales a considérablement diminué ; les règles depuis l'opération ne sont revenues que quelquefois et encore tout à fait faibles.

Actuellement (janvier 1894) elles ne sont pas revenues depuis plus d'un an. La patiente a augmenté de poids, pris de l'embonpoint et elle se livre aux pénibles travaux des champs. Ici encore on peut voir dans le décubitus dorsal l'utérus bombant directement la paroi abdominale antérieure, et l'on peut sentir une assez large adhérence qui le fixe à celle-ci et se tend fortement pendant les mouvements qu'il exécute.

Bien que la fixation ainsi obtenue par la suture directe du fond de l'utérus à la plaie abdominale soit comparativement plus forte que celle obtenue par la méthode symétrique bilatérale d'Olshausen, c'est-à-dire la suture de la matrice et des cornes à la paroi abdominale, la patiente n'éprouve aucune fatigue et répond catégoriquement à la question qui lui en est faite qu'elle peut pendant longtemps retenir son urine ; l'antéversion fixe de l'utérus ne diminue donc pas la capacité de la vessie.

SUPPLÉMENT.

Dans ce supplément nous ajoutons aux pièces justificatives précédentes, toute une série d'observations parues dans la *Revue de la Suisse romande* (1) à un moment où des circonstances particulières nous avaient obligé d'interrompre ce travail.

Elles sont relatives à des cas d'hystéropexies pratiquées par M. le Dr Roux, pour des rétrodéviations et des prolapsus ; nous donnons un résumé de celles concernant les rétrodéviations.

OBSERVATION XLI. (Roux. Cas 1.)

Résumée.

M^{me} F... Marguerite, 44 ans, entrée à l'hôpital cantonal de Lausanne, le 7 octobre 1889.

Huit couches normales. Pour la neuvième, il y a deux ans

(1) *Revue médicale de la Suisse romande*, janvier et mars 1895. Remarques sur quelques cas d'hystéropexies, d'après les observations recueillies à la Clinique chirurgicale de Lausanne, par C. Poltowicz.

et demi, on a dû lui faire un curettage pour rétention placentaire. A la suite d'un effort, douleurs en ceinture. Plus tard, pertes abondantes, métrorragies, maux de reins. Pessaire sans effet. Actuellement maux de reins, règles douloureuses, irrégulières, constipation opiniâtre.

Utérus en rétroflexion mobile, col en latéroposition droite.

Opération le 24 octobre. Utérus maintenu en place par la sonde utérine. Incision de 10 centimètres. Une fois le péritoine ouvert, on trouve des anses intestinales entre l'utérus et la paroi abdominale. (On voulait d'abord faire une kystéropexie sans ouvrir le péritoine.) Deux points de suture à la soie distants de 1 cent. sur le fond, en pleine masse utérine. On suture à la soie fine et à la soie forte toutes les couches, péritoine y compris, à points séparés, suture, pansement à la gaze iodoformée.

Le 10 décembre, forte hémorragie attribuée à un avortement à deux mois.

24 décembre. La malade quitte l'hôpital. L'utérus est plutôt petit, parfaitement bien placé avec le fond attaché à la place de l'hystéropexie en antéflexion légère.

OBSERVATION XLII. (Roux. Cas 3.)

Résumée.

M^{me} B... Anna, cuisinière, 35 ans, entrée le 19 mars 1890 à l'hôpital.

Fausse couche en 1887.

13 mars, fortes douleurs dans le bas-ventre, à la suite d'un travail excessif pendant ses règles. Les douleurs augmentent dans la suite, frissons répétés, ballonnement du ventre. Le 18 mars, fièvre, fortes douleurs, séjour forcé au lit.

25 mars. Examen sous narcose. Utérus en rétroversion, ovaire droit de la grosseur d'un petit œuf, bosselé, tombé

dans le cul-de-sac droit, l'ovaire gauche comme une noix sèche, bosselé. Le fond de l'utérus adhérent ne se laisse pas redresser. Massage.

Opération le 10 avril 1890. Incision de 8 centimètres. Libération de l'utérus accompagnée d'un assez fort écoulement sanguin. Fixation de l'utérus par cinq points de suture, dont trois à la grosse soie et deux à la soie fine ; la suture prend le péritoine d'une des lèvres de l'incision, passe dans le tissu utérin et prend le péritoine de l'autre côté. Suture du péritoine. Suture des parois à la soie forte à points coupés.

Fortes douleurs pendant les trois jours suivants.

8 mai. La malade sort. Elle se sent bien. On trouve au toucher les annexes libres et l'utérus en parfaite position contre la paroi abdominale.

OBSERVATION XLIII. (Roux. Cas 4.)

Résumée.

M^{me} M... Elisa, ménagère, 43 ans, entre le 4 juillet 1890 à l'hôpital.

Une grossesse normale à l'âge de 30 ans et un avortement à deux mois et demi. Péritonite consécutive ayant duré cinq mois. Depuis février 1890, élancements douloureux dans le bas-ventre.

Au toucher, culs-de-sac libres, excepté le postérieur qui est bridé ; portion vaginale de l'utérus fendue des deux côtés ; corps de l'utérus fixé en rétroversion et flexion, douloureux.

Opération le 12 juillet. Adhérences anciennes, fibreuses, très nombreuses qui accolent le fond de l'utérus tout autour du bassin ; la déchirure des adhérences est pénible et provoque une certaine hémorragie.

On attire à grand peine le fond utérin aux lèvres de la

plaie. Les sutures comprennent le fascia, toute l'épaisseur des muscles abdominaux et le péritoine. Elles sont placées à la face antérieure de l'utérus, mais aussi sur le fond, de sorte que la supérieure atteint à peu près la ligne médiane transversale du fond. On est obligé de placer les fils de cette façon parce que l'utérus ne se laisse pas attirer facilement. Suture à la soie moyenne. Pansement cousu.

Vomissements et douleurs dans le ventre, les 13, 14 et le 15. Dyspnée. (Respiration bronchique sous l'épine de l'omoplate à gauche. Ventouses, dyspnée diminue. Le 15 juillet, crachats contenant du sang. La température s'élève.)

23 juillet. Ablation du pansement et des sutures. Plaie bien guérie.

11 août. La malade sort de l'hôpital. Utérus parfaitement bien placé, non douloureux.

OBSERVATION XLIV. (Roux, Cas 5.)

Résumée.

M^{me} D... Jenny, 34 ans. Entrée le 22 janvier à l'hôpital.

Quatre accouchements à terme. Le deuxième fut suivi d'une légère descente de l'utérus.

Depuis un an, douleurs, tiraillements dans le bassin, augmentant avant les règles. Constipation, maux de reins, miction pénible. Règles très abondantes.

Au toucher. Col derrière la symphise. Corps dur hypertrophié en rétroflexion. Tumeur salpingienne à droite.

Massage pendant trois ou quatre semaines sans résultat.

Opération le 3 mars. Incision de 10 à 12 centimètres. Ablation d'un kyste salpingien dans le ligament large droit. — Utérus fixé par trois points de catgut fort, passant dans le fond de l'utérus. Suture simple de la paroi abdominale.

11 mars. On enlève les sutures, la malade va bien.

28 mars La malade quitte l'hôpital. Elle se trouve bien, quoique un peu faible. La plaie est entièrement cicatrisée. Les douleurs dans le bas-ventre ont disparu complètement.

OBSERVATION XLV. (Roux. Cas 7.)

Résumée.

M^{me} V... Catherine, 35 ans, entrée à l'hôpital le 31 mars 1891.

Quatre fausses couches. A 24 ans curetage utérin suivi de péritonite.

Rétablie depuis, mais avec des métrorragies continuelles pendant dix années consécutives.

Utérus non agrandi dans le cul-de-sac postérieur.

Opération le 24 avril. Utérus mobile. Fond utérin fixé par deux points à la soie. On suture le péritoine au catgut, de même que les muscles. Pansement cousu.

Douleurs du ventre assez fortes qui ont complètement disparu le 28 avril.

Suites simples. La malade sort le 16 mai.

OBSERVATION XLVI. (Roux. Cas 9.)

Résumée.

M^{me} G... Anna, ménagère, 26 ans, entrée le 31 juillet 1891 à l'hôpital.

Deux grossesses normales. Depuis le dernier accouchement pesanteur dans le ventre, règles peu douloureuses, mais trop fréquentes. Constipations.

Au toucher, rétroversion mobile.

Opération le 10 août 1891. Utérus fixé au moyen de quatre fils doubles de catgut, passés par le fond utérin et les muscles abdominaux. Suture étagée.

23 septembre. Utérus en position normale. Plus de douleurs, ni d'enflures de jambes (il y avait eu de la phlébite dix-huit jours après l'opération).

OBSERVATION XLVII. (Roux, Cas 12.)

Résumée.

M^{me} W... Marie, ménagère, 42 ans, entrée le 18 décembre 1891 à l'hôpital.

Premières couches normales. Les secondes sont suivies de douleurs dans les reins et le bas-ventre. Puis deux grossesses très pénibles suivies de couches normales. Après la dernière grossesse, il y a dix-sept ans, douleurs lombaires et abdominales de plus en plus fortes. Métrorragie il y a trois ans.

Utérus très petit, en rétroversion complète avec rétroflexion adhérente mais réductible à l'aide de la sonde.

Opération le 15 décembre. Trois points de fixation au catgut double prenant le péritoine, l'utérus et sa partie antérieure et le péritoine de l'autre lèvre de la plaie. Suture à trois étages.

Le soir, douleurs dans le ventre, écoulement menstruel durant quatre jours.

11 février. Belle cicatrice linéaire, état général excellent. Les douleurs lombaires et abdominales ont complètement disparu.

OBSERVATION XLVIII. (Roux. Cas 13.)

Résumée.

M^{me} D... Adèle, ménagère, 38 ans, entrée le 25 mai 1892.

Dix accouchements normaux avec une présentation du siège. Suites de couches normales. Menstruation régulière jusqu'à l'hiver dernier.

L'hiver dernier, descente d'une grosseur à la vulve pendant des efforts de toux. Aménorrhée depuis novembre, pertes blanches abondantes, douleurs dans les reins et le bas-ventre. Mictions fréquentes.

Déchirure du périnée. Paroi vaginale antérieure se laissant facilement attirer en dehors. Utérus en rétro et latéroflexion gauche.

Opération le 30 mai 1892. Restauration du périnée. Utérus fixé par quatre fils de catgut. Trois plans de sutures abdominales.

2 juillet. La malade quitte l'hôpital. Plaies cicatrisées.

OBSERVATION XLIX. (Roux. Cas 14.)

Résumée.

M^{me} B... Marguerite, ménagère, 54 ans, entrée le 1^{er} août 1892.

Un avortement et six accouchements à terme, dont trois ont été normaux, les trois autres nécessitèrent la version et amenèrent des enfants mort-nés.

Depuis l'automne 1889, métrorragies ayant disparu après ablation des polypes en automne 1891. — En janvier 1892, réapparition des hémorragies.

Utérus abaissé, adhérent en arrière avec le rectum.

Curettage de l'utérus. Les pertes rouges et blanches persistent.

Opération le 1^{er} octobre 1892. Nouveau curettage. Hystéropexie. Quatre points de suture au catgut à la partie antérieure de l'utérus.

22 octobre. La malade sort.

OBSERVATION L. (Roux. Cas 15.)

Résumée.

M^{lle} D... Julie, blanchisseuse, 24 ans, entrée le 15 septembre 1892.

Nombreuses traces de tuberculose antérieure. Depuis trois mois douleurs abdominales. Menstruation douloureuse. Folla kyurée.

Toucher rectal (vièrge) très douloureux surtout à gauche. Utérus en rétroflexion.

Opération le 10 décembre 1892. Utérus coudé en arrière, petit. Annexes à leur place.

Fixation de l'utérus au catgut. Suture étagée de la paroi abdominale. Suture entrecoupée de la peau à la soie.

4 janvier 1893. La malade quitte l'hôpital, plaie incomplètement fermée. Utérus bien fixé à la paroi.

OBSERVATION LI. (Roux. Cas 16.)

Résumée.

M^{me} L... Marianne, ménagère, 50 ans, entrée le 7 octobre 1892.

Sept accouchements normaux. Dernière grossesse, il y a neuf ans, très pénible. Il y a quatre semaines métrorragies abondantes.

Utérus en rétroflexion, dur, augmenté de volume.

Opération le 11 octobre. Curettage. Opération de Schroeder et hystéropexie. Utérus fixé par quatre points de suture au gros catgut. Un de ces points traverse la face postérieure de l'utérus près du fond. Sutures étagées.

23 novembre. La malade quitte l'hôpital. Les pertes sanguines et les douleurs ont disparu. L'utérus est accolé à la paroi abdominale.

OBSERVATION LII. (Roux. Cas 17.)

Résumée.

M^{lle} L..., domestique, 27 ans, entrée le 16 novembre 1892.

Ménorragies jusqu'à 20 ans, puis hémorragie et douleurs en ceinture.

Hymen intact. Utérus rétrofléchi, mobile, mais ne se laissant pas redresser. Les deux ovaires sont prolabés dans le cul-de-sac de Douglas.

Opération le 19 novembre. Quatre fils de catgut, dont trois sur la face antérieure et un sur la face postérieure. Suture étagée.

30 décembre. La malade quitte l'hôpital. Utérus fixé en antéflexion. Pas de douleurs abdominales.

Les règles ont reparu plus tard, mais peu abondantes.

OBSERVATION LIII. (Roux. Cas 18.)

Résumée.

M^{me} D... Hélène, ménagère, 31 ans, entrée le 12 novembre 1892.

Menstruation toujours régulière. En janvier 1892 accouche-

ment normal et suites de couches normales. Depuis quatre à cinq semaines douleurs dans le dos et le bas-ventre.

Culs-de-sac libres ; ovaire droit, petit, en place. Ovaire gauche à côté du col. Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve le fond de l'utérus mobile. Le fond de l'utérus peut être relevé au devant du promontoire, mais ne peut atteindre la symphyse.

Opération le 17 novembre. Ablation d'un petit fibromyome sous-séreux.

Hystéropexie ; 4 fils de catgut dont un passe derrière le fond de l'utérus. Suture étagée.

2 janvier. La malade quitte l'hôpital. Plus de douleurs dans le ventre. Les règles ont duré plus longtemps et ont été plus abondantes. L'ovaire gauche est moins prolapsé dans le cul-de-sac. L'utérus est fixé à la paroi abdominale en antéflexion normale.

OBSERVATION LIV. (Roux. Cas 19.)

Résumée.

M^{lle} F... Louise, ménagère, 36 ans, entrée le 16 novembre 1892.

Début de la maladie il y a quatre ans. Règles très fréquentes, très abondantes, durant dix à quinze jours. Curettée le 6 juin 1892, mais n'a pas été guérie. Douleurs de reins devenues maintenant continuelles. Constipation opiniâtre.

Vierge. Utérus dans le cul-de-sac postérieur.

Opération le 17 novembre. Hystéropexie. Trois points de suture au catgut fort.

18 décembre. La malade quitte l'hôpital, ne se plaint plus de rien. Utérus en antéflexion.

OBSERVATION LV. (Roux. Cas 20.)

Résumée.

M^{me} R... Jenny, pierriste, 28 ans, entrée le 29 novembre 1892.

Premières couches très pénibles, suivies de déchirure du périnée et de prolapsus. Second accouchement il y a neuf mois. Mictions abondantes.

Déchirure incomplète du périnée. Prolapsus de la paroi antérieure du vagin. Utérus en rétroversion, dur, arrondi, mobile, réductible, un peu agrandi.

Opération le 6 décembre. Curettage du canal utérin, puis opération d'Emmet et hystéropexie. Quatre points de suture dont trois passent sur la face antérieure de l'utérus et le dernier sur la face postérieure, très près du fond.

15 janvier 1893. La malade quitte l'hôpital. Utérus en antéflexion normale. Peu de pertes blanches. La paroi antérieure du vagin reste flasque et basse.

Voici maintenant les résultats éloignés de ces opérations.

La malade du cas 18 eut un accouchement heureux.

Les malades des cas 5, 7, 12, 18 « ont donné des renseignements écrits, ne pouvant se faire examiner : *toutes sont satisfaites du résultat de l'opération.* »

« Celle du cas 14 a dû subir un an environ après l'hystéropexie une hystérectomie pour carcinome du corps au début. »

Les malades des cas 1, 3, 15 « ont été examinées tout dernièrement ; aucune n'offre la moindre trace de récurrence. Le fond de l'utérus légèrement ou fortement antéfléchi est solidement fixé à la paroi abdominale et les nombreux troubles qui avaient conduit les malades à l'hôpital ont disparu. »

CONCLUSIONS.

I. — Un certain nombre de rétrodéviations graves ne sont justiciables que de l'hystéropexie abdominale antérieure.

II. — La vaginofixation, préconisée aussi dans ces cas, est passible de deux reproches principaux : 1° elle n'agit pas contre les adhérences et ne peut être appliquée qu'aux rétrodéviations mobiles ; 2° la paroi vaginale sur laquelle s'appuie l'utérus n'offre pas une résistance suffisante pour qu'on puisse compter sur un maintien durable de l'antéflexion.

III. — L'hystéropexie abdominale antérieure reste toujours la seule méthode pouvant guérir toutes les rétrodéviations, soit qu'on l'emploie seule, soit qu'on la combine à l'ablation des annexes ou leur simple libération.

IV. — Elle ne doit cependant pas être employée en général contre les rétrodéviations justiciables du traitement orthopédique, à moins que, pour des raisons

spéciales, la femme ne consente pas à s'assujettir au port d'un pessaire.

V. — L'hystéropexie abdominale antérieure, par le procédé de M. Laroyenne, se recommande par la simplicité de son manuel opératoire et son innocuité. On aura soin dans ces cas de multiplier les fils fixateurs de l'utérus pour combattre plus efficacement la tendance à la récédive.

VU : LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

LAROYENNE.

Permis d'imprimer

Lyon, le 30 mai 1895.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

